UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 83

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1910

PAR

LOUIS CANBASSÉDÈS

Né à Valleraugue (Gard), le 17 février 1881

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
CARRIEU, Professeur
De ROUVILLE, Agrégé *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 83

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1910

PAR

LOUIS CANBASSÉDÈS

Né à Valleraugue (Gard), le 17 février 1881

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* ; CARRIEU, Professeur ; De ROUVILLE, Agrégé ; SOUBEYRAN, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR

7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeuthique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements	PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *professeur, président.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*
CARRIEU, professeur.	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR BENJAMIN CAMBASSÉDÈS

Chevalier de la Légion d'honneur

Enlevé trop tôt à ma tendresse, son souvenir ne s'effacera jamais de mon cœur. Ses vertus et sa bonté seront pour moi un guide précieux dans la carrière qu'il a exercée avec tant de dévouement.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Pieux hommage de reconnaissance et d'affection filiale.

Louis Cambassédès.

A MA CHÈRE FEMME

A MES FILS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE
PAUL CAZALET
PHARMACIEN DE 1re CLASSE
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Que j'unis dans les mêmes sentiments de sincère affection.

MEIS ET AMICIS

LOUIS CAMBASSÉDÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MON CHER MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

On ne sait ce que l'on doit le plus admirer en vous : la netteté et la documentation de vos leçons cliniques ou votre grande habileté chirurgicale. Je m'inspirerai dans ma carrière de votre précieux et merveilleux enseignement et garderai de vous toute ma vie le souvenir d'un cœur noble, généreux et d'un esprit dont l'élévation a pour mesure la modestie.

A la suite d'un deuil cruel, je fus appelé par votre sollicitude toute paternelle comme interne à votre Maison de santé. Là j'ai beaucoup observé, j'ai beaucoup appris ; j'aurai désiré me rendre encore plus digne de cette marque de confiance.

En m'honorant de votre amitié, je sais à quels nobles sentiments de souvenir vous avez obéi ; de cette amitié vous m'avez donné de nombreuses preuves, elles sont de celles que je ne saurais oublier.

Je ne trouve aucun mot assez fort pour vous exprimer toute la gratitude que je vous dois : du plus profond de mon cœur je vous dis : Merci!

LOUIS CAMBASSÉDÈS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

C'est aux excellentes leçons de ce Maître distingué, dont nous avons si souvent admiré le sens clinique et la science thérapeutique, que nous devons nos connaissances médicales proprement dites.

Nous le prions d'accepter ici ce faible gage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Je garderai toujours le souvenir agréable de la clarté de vos exposés cliniques ainsi que de votre technique si rigoureusement précise. Votre accueil bienveillant, vos excellentes leçons dictent toute la reconnaissance que je vous dois, avec mes bien sincères remerciements.

Louis Cambassédès.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOUBEYRAN

Nous dirons combien nous fut sensible la bienveillance toute sympathique dont il a toujours fait preuve envers nous. Nous nous souviendrons de ses leçons de médecine opératoire remarquablement méthodiques et pratiques.

Il nous fit l'honneur à plusieurs reprises de nous prendre comme aide et de cela aussi nous le remercions vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUÉRIN

Nous regrettons de voir s'éloigner de nous ce cher Maître auquel nous devons de merveilleuses leçons d'obstétrique et dont nous avons pu apprécier en des circonstances toutes particulières la haute valeur et l'entier dévouement.

Nous le prions d'agréer ici l'hommage de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements.

Louis Cambassédès.

INTRODUCTION

> Que l'auditeur se regarde comme une personne conviée à un repas. Il lui doit être indifférent si ce qu'on lui sert est du crû du Maître de la maison ou s'il l'a fait venir d'ailleurs : souvent il ferait mauvaise chère s'il réduisait celui qui l'invite à tout prendre dans son propre terroir.
>
> *Bayle. Réponse aux questions d'un Provincial.*

La fréquence des rétroversions de l'utérus nous a orienté vers l'étude d'une affection qui a de tout temps passionné la plupart des chirurgiens, a exercé leur sagacité, et leur a fait préconiser tel ou tel traitement.

Ayant eu l'heureux privilège d'être pendant quatre ans l'interne de M. le professeur Tédenat, à sa Maison de Santé, il nous a été donné d'observer fréquemment et de près une des formes les plus douloureuses, les plus pénibles des maladies de la matrice. S'il est vrai, contrairement à ce que croyait Velpeau, que la déviation de l'utérus en arrière n'est pas à proprement parler une maladie essentielle, il n'en est pas moins juste de dire avec M. le professeur Pozzi « qu'elle crée pour l'organe déplacé, une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires, par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence ; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus. »

Ce qui nous a le plus frappé au cours de nos observations,

c'est de constater le retentissement fâcheux, parfois même inquiétant de la lésion utérine sur l'état général et moral de la femme.

Et notre étonnement n'était pas moins grand de voir combien parfois dès les premiers pansements utérins apparaissait une amélioration notable des troubles et malaises ressentis jusqu'alors. C'est qu'en effet la métrite ou la métro-salpingite concomitantes sont les premières indications du traitement ; nous posons plus loin les grandes lignes de ce traitement ; il ne devra jamais être négligé ; lui seul a pu suffire dans bien des cas pour faire disparaître les douleurs et obtenir un certain degré de réduction.

Nous nous sommes efforcé d'établir que le traitement des rétro-déviations doit être autant que possible conservateur ; nous insistons à diverses reprises sur les résultats obstétricaux des divers modes de traitement. Nous préconisons en particulier le procédé opératoire de M. le professeur Tédenat qui par sa ligamentopexie isthmale laisse le fond de l'utérus libre et lui permet de se développer normalement au cours de la grossesse. Sur 74 opérations pratiquées jusqu'à ce jour par ce procédé, M. Tédenat à vu 20 de ses opérées devenir enceintes et avoir un accouchement normal. Sans faire intervenir ici des sentiments de démographie et de patriotisme, il nous paraît intéressant à l'heure actuelle de citer ces faits.

L'unanimité des chirurgiens et des gynécologues pense aujourd'hui que 1° toute déviation de l'utérus doit être réduite et que 2° cette réduction obtenue doit être maintenue. Il était tout naturel de s'adresser d'abord à la réduction manuelle décrite et préconisée par Schultze, mais cette reposition bimanuelle ne peut-être efficace que dans la rétroversion mobile, sans métrite et avec un plancher vagino-périnéal résistant. On peut essayer aussi, dans les cas d'utérus très mobile, la réduction par la position genu-pectorale. Cette

manœuvre conseillée par Solger et que Courty appelle « reposition spontanée aérienne » facilite l'entrée de l'air dans le vagin, fait tomber les viscères vers le diaphragme et réduit parfois spontanément l'utérus. Cette « prière mahométane » (Tarnier) est un utile adjuvant, elle est rarement suffisante. La manœuvre la plus usitée est le redressement de l'utérus par la sonde ou l'hystéromètre et demande beaucoup de prudence et d'asepsie. « Faire avec l'hystéromètre, dit Bouilly, une tentative bien prudente de réduction, pendant qu'un doigt, introduit dans le cul de sac postérieur, constate l'absence de tension et de tiraillement des parties voisines, suit le délogement de la face postérieure de l'utérus et s'enfonce dans la place laissée libre par le redressement de cet organe. »

L'utérus réduit, il s'agit de le maintenir en bonne position. Nous nous adresserons d'abord au massage qui peut aider à donner de la force et de la résistance aux moyens naturels de fixation de l'utérus, à la colmunisation-massage, préconisée par M. Tédenat, et surtout aux pessaires et au port d'une ceinture abdominale. Nous aurons garde de ne jamais négliger le traitement général, auxiliaire précieux.

On comprend que le traitement non sanglant ne s'applique qu'aux cas où l'utérus est mobile ou du moins peu adhérent, que la réduction faite avec force expose dans le cas d'adhérences à des déchirures qui peuvent être dangereuses, notamment s'il y a des sactosalpynx, hémorragies, ruptures de collections purulentes.

Le traitement non sanglant est donc contre indiqué par des adhérences quelque peu étendues, par les lésions des annexes susceptibles d'aggravation. Il ne s'applique qu'aux rétrodéviations mobiles, peu adhérentes et facilement mobilisables.

La réduction peut s'obtenir : 1° par la position genu-pectorale, ce qui est rare ; 2° par les manœuvres bi-manuelles et

en une ou plusieurs séances ; 3° par les redressements de Schultze, Trélat, dont le maniement doit être fait avec prudence et douceur.

L'antisepsie sévère s'impose et aussi le repos. Pour maintenir l'utérus en sa place normale, les meilleurs pessaires sont ceux de Hodge et dérivés (pessaires de Smith, Gaillard Thomas). Le choix du pessaire est délicat : il faut qu'il soit assez volumineux pour bien supporter l'utérus ; pas trop volumineux pour ne pas exercer des compressions dangereuses. Le pessaire de Hodge en vulcanite peut être porté pendant de longs mois sans s'altérer ; les malades doivent prendre des injections, des lavages antiseptiques pour éviter les incrustations du pessaire. De temps en temps ce dernier sera enlevé pour être nettoyé. On le changera s'il devient rugueux ; mais, et nous insistons là-dessus, un pessaire en bon caoutchouc durci dure plusieurs années.

L'inconvénient du traitement par le pessaire, c'est sa longue durée. Il faut au moins un an, souvent davantage, et les résultats définitifs sont variables.

Sänger a obtenu 10 °/₀ de guérisons, 40 °/₀ d'améliorations ; dans 24 °/₀, il n'y eut aucun résultat.

Bouilly a obtenu de meilleurs résultats. Il emploie un Hodge en caoutchouc durci dont la partie postérieure épaisse est fortement relevée en un véritable dossier et dont les branches sont notablement plus écartées en arrière qu'en avant. Sur 130 cas, Bouilly comptait 105 succès définitifs, 13 cas où les accidents avaient disparu, 12 insuccès chez des femmes nerveuses.

Nous avons vu plusieurs malades de M. Tédenat portant un Hodge depuis deux ou trois ans, sans en être gênées, complètement soulagées, mais chez lesquelles le déplacement de l'utérus se reproduisait au bout de quelques jours, total ou partiel, après l'enlèvement du pessaire. Plusieurs de ces

malades ont mené une grossesse à terme, le pessaire étant conservé jusques aux dernières semaines de la gestation. Aussi M. Tédenat qui avait insisté sur l'emploi des pessaires au Congrès de Bordeaux, en 1895, est-il de plus en plus partisan de la fixation opératoire de l'utérus rétroversé.

Si le pessaire est inapplicable ou intolérable, nous nous adresserons aux fixations opératoires. Il appartenait à notre vieille et glorieuse Faculté de marquer une date décisive dans le traitement chirurgical des rétrodéviations de l'utérus. Un de ses professeurs, Alquié, prenait nettement parti pour l'intervention sanglante. Le 17 novembre 1840 il fit une communication à l'Académie de Médecine (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, t. VII) « sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds ». Depuis lors de nombreux procédés opératoires ont été préconisés pour le redressement et la fixation définitive de l'utérus. Nous faisons l'exposé et la critique des diverses hystéropexies directes : vaginales et abdominales ; nous repoussons énergiquement l'hystéropexie extra-péritonéale, aveugle et dangereuse. Les fixations indirectes ou ligamentaires et de préférence la ligamentopexie après raccourcissement des ligaments ronds nous retiendront plus longtemps. La timidité des premiers chirurgiens (procédé extra-péritonéal) fut vite dépassée et les progrès merveilleux de l'antisepsie et de l'asepsie aidant, l'opération primitive d'Alquié devint intra-péritonéale.

Nous exposons le procédé de Wylie, de Polk, de Dudley, de Doléris, de Beck. Nous insistons enfin sur celui que préconise notre Maître, M. le professeur Tédenat, procédé qui, d'après sa longue expérience chirurgicale, lui a donné les meilleurs résultats. Nous présentons un certain nombre d'observations : les unes ont été déjà éditées dans la thèse de notre confrère le docteur Servettaz, les autres dans celle du

docteur Py ; nous y joignons celles beaucoup plus récentes qui ont éte recueillies à la Maison de Santé de M. le professeur Tédenat et dans son service de l'Hôpital Suburbain (salle Paulet). Nous les devons pour la plupart à l'obligeance de nos amis Baumel, interne des hôpitaux, et Ivanof, interne de la Maison de Santé de M. le professeur Tédenat. Nous terminons enfin par une bibliographie écourtée à dessein. Il nous eut été facile de faire le contraire. Nous estimons qu'il est plus logique et plus loyal de la réduire aux seuls auteurs cités dans notre travail ou qui ont contribué à son élaboration.

Notre plume indocile s'est refusée à écrire un avant-propos-dédicace où la banalité le dispute souvent au convenu. A tous nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, à tous ceux qui ne nous ont ménagé ni leurs excellentes leçons, ni leurs conseils éclairés, à tous nos amis, nous disons merci et bon souvenir.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE

La rétroversion de l'utérus se présente dans des conditions multiples et sous des aspects divers. Il faut d'abord distinguer une rétroversion congénitale qu'on voit de préférence chez les femmes dont l'instauration menstruelle a été généralement tardive ; habituellement, dans ces cas, l'utérus est un peu moins développé que l'utérus normal et le vagin présente une diminution de longueur qui porte sur la paroi antérieure. Il y a alors ce que Skeen appelle « invagination insuffisante du col ».

On comprend que par suite de la brièveté de la paroi antérieure, la région sous-isthmale du col soit attirée en avant et que par suite le corps utérin s'incline en arrière. Habituellement, dans ces cas, le corps utérin petit conserve sa rectitude normale ; il est plus rare qu'il y ait une flexion postérieure notable ; plus rare encore qu'il y ait une coudure ou flexion antérieure du corps sur le col. Cette disposition s'accompagne quelquefois de troubles menstruels : règles peu abondantes, douloureuses, ce qui tient souvent à une insuffisance de la fonction ovarienne ; tout l'appareil génital étant en état d'insuffisance de développement anatomique et fonctionnel. Beaucoup de ces femmes sont chlorotiques et affectées de

ptoses viscérales (estomac, intestins, rein) par suite d'insuffisance de développement de l'appareil circulatoire, d'hypoplasie du feuillet moyen du blastoderme, pour employer une expression mise en vogue par les Allemands (Wirkof, Rokitensky).

La stérilité n'est pas rare chez les femmes ainsi constituées; on accuse souvent chez elles l'étroitesse du col utérin. Il faudrait peut-être faire jouer un rôle plus considérable à la position vicieuse du col, à la fonction ovarienne imparfaitement développée, à la leucorrhée fréquente, à la santé générale médiocre. Chacun de ces facteurs peut jouer, suivant le cas, un rôle prédominant. C'est pour chaque malade un diagnostic à établir, ce qui est souvent difficile et ne peut être fait qu'après un examen complet des divers organes de l'appareil génital. Enfin, il ne faut jamais oublier que chez ces femmes le développement des organes de la génération est souvent tardif; on en voit chez lesquelles la menstruation ne devient régulière, comme périodicité et quantité et absence de douleurs, que plusieurs années après l'instauration menstruelle et que la conception n'a lieu qu'après plusieurs années de mariage.

Il est certain que ces dispositions congénitales jouent un très grand rôle dans la création des rétroversions avec lesquelles le médecin aura à compter. Elles ne sont pas toujours faciles à reconnaître chez des femmes qui ont un passé pathologique avec ou sans grossesse antérieure; souvent, pourtant, on découvre le rôle de la congénitalité dans une tension spéciale de la paroi antérieure du vagin qui donne l'impression d'être congénitalement trop courte.

D'après Sänger, la rétroversion congénitale se distinguerait de l'acquise par la présence d'une saillie médiane du cul de sac vaginal antérieur, vestige probable de la fusion tardive des canaux de Müller.

Il semble même que cet état congénital soit une explication de certaines rétro-déviations acquises, puisque le déplacement en arrière de l'utérus est toujours le résultat d'une insuffisance, d'un relâchement de ses moyens de fixation. D'après Schultze, ce sont surtout les ligaments utéro-sacrés qui sont insuffisants ; nous pensons que les autres ligaments, les ligaments ronds en particulier, sont aussi souvent relâchés et qu'il ne faut pas négliger de faire jouer un rôle important au prolapsus du vagin et à la faiblesse du périnée.

Richelot fait jouer le principal rôle à l'arthritisme dans la production des rétroversions simples, mobiles. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître encore comme cause, le lever précoce après l'accouchement ou l'avortement, d'où mauvaise involution de l'utérus, surtout favorisée par l'affaiblissement du plancher vagino-périnéal. La métrite puerpérale (entraînant une subinvolution de l'utérus), l'infection gonococcique et par suite les lésions des annexes (chez des femmes atteintes de salpingite, de salpingo-ovarite) nous expliquent la production des rétroversions adhérentes. Mais nous nous souviendrons qu'il existe de fausses rétroversions irréductibles ; cette irréductibilité n'est qu'apparente, il n'y a pas d'adhérences, elle est due à un coïncement de l'utérus au niveau de la courbure sacrée et peut-être réduite par l'hystéromètre ou le massage.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique les rétrodéviations sont très différentes de formes. Il est des femmes chez qui, le hasard seul, à l'occasion d'une exploration, a fait constater une rétroversion qui jusqu'alors n'avait manifesté sa présence par aucun symptôme. Cette forme silencieuse, latente, se trouve plus fréquemment chez la femme vieille que chez la jeune. Chez celle-ci les symptômes sont bruyants, attirent de bonne heure l'attention. Ce sont ceux de la métrite qui le plus souvent ouvrent la scène. Les malades ne souffrent pas de leur déviation mais de leur métrite ; le rôle prépondérant est joué par les lésions concomitantes : métrite, annexite. Lorsque la rétroversion est douloureuse c'est qu'elle est accompagnée de métrites et de lésions annexielles. Parfois la douleur est continuelle, avec exacerbation, véritables poussées douloureuses, au moment des règles ; douleur dans le bas-ventre s'irradiant dans la région lombaire et vers les cuisses ; douleur dans la marche qui est gênée ; céphalées, névralgies faciales, intercostales ; dyspepsie ; constipation opiniâtre ; ces troubles douloureux et fonctionnels se rencontrent chez des femmes qu'on ne peut accuser ni d'hystérie, ni de nervosisme puisqu'après réduction de la déviation tous ces symptômes

s'atténuent et finissent même par disparaître. Ces malades ont des artères petites, un pouls lent, mou, de l'atonie gastro-intestinale, de la ptose générale (estomac, intestin, rein) ; ce dernier organe est insuffisant ce qui nous explique en particulier les migraines parfois si tenaces qu'elles éprouvent par suite d'une élimination incomplète. Elles ont des digestions lentes, pénibles, parfois des vomissements plus ou moins opiniâtres Dans une communication récente (26 mars 1910) faite à la Société de Médecine de Paris, M. Salignat apporte 60 observations personnelles prises dans le but d'élucider divers points relatifs à la dyspepsie des utérines. D'après lui, la plupart de ces états dyspeptiques seraient des cas anciens aggravés; il les appelle dyspepsies mixtes ou dyspepsies primitives se manifestant pour la première fois à l'occasion d'une affection gynécologique. Il établit que les trois grands symptômes gastriques paraissant relever plus directement des affections utéro-annexielles sont : la nausée, le vomissement et la gastralgie. Il en conclut que le traitement sera double, s'adressant à la fois à l'utérus et au tube digestif.

Nous avons déjà indiqué (c'est à dessein que nous y insistons) que dans la plupart des cas la correction de la position vicieuse de l'utérus suffisait à elle seule pour atténuer ou faire disparaître tous ces troubles. On a voulu mettre tous ces symptômes généraux, physiques et fonctionnels, sous la dépendance du système nerveux, lui-même atteint. Pour certains praticiens, il n'y aurait pas d'utérines, mais bien des fausses utérines, des neurasthéniques. Nous ne voulons pas nier, certes, la réalité et l'importance des troubles nerveux chez les femmes souffrant de leurs organes génitaux.

L'appareil nerveux est atteint comme tous les autres appareils, mais ce n'est pas à lui qu'appartient le rôle prédominant. Si beaucoup de femmes souffrent de troubles nerveux,

d'états neurasthéniques plus ou moins nets, c'est la conséquence de douleurs génitales prolongées.

Les troubles menstruels doivent particulièrement retenir l'attention. Outre la dysménorrhée et la leucorrhée que Pozzi mentionne dans son « syndrome utérin », certaines femmes voient leurs règles se prolonger pendant plusieurs jours et il leur arrive même de perdre abondamment dans la période inter-menstruelle. Ces pertes abondantes, avec gros caillots, inquiètent et affaiblissent beaucoup ces malades qui se plaignent « d'être toujours en sang ». Cette abondance des règles et ces métrorrhagies sont la conséquence et sous la dépendance de la métrite. Les métrorrhagies seront observées et particulièrement fréquentes lorsque la muqueuse du corps de l'utérus est le siège d'une endométrite interstitielle. Elles plongent les malades dans un état de débilité parfois inquiétant. Nous rencontrerons ces complications chez les femmes à rétroversion adhérente avec utérus gros, globuleux, congestionné, très douloureux, irréductible, occupant tout le cul de sac postérieur qui ne peut parfois être exploré que sous le chloroforme.

Si ces phénomènes s'exagèrent (ce qui arrive fréquemment), on voit survenir peu à peu tous les symptômes de la salpingo ovarite. Il semble que les symptômes de la déviation de l'utérus disparaissent au milieu des symptômes aigus de l'inflammation péritonéale et annexielle ; le tableau clinique de la rétrodéviation s'est effacé devant celui de la salpingite, la rétroversion devenant un simple accessoire de la lésion complexe.

CHAPITRE III

INTÉRÊT D'UN TRAITEMENT CONSERVATEUR

S'il est une chirurgie qui doit être conservatrice, c'est bien, nous semble-t-il, celle qui a trait aux organes génitaux de la femme. Tous les jours, en chirurgie, se pose l'angoissant problème de la conservation ou de la suppression de la vie sexuelle de la femme. Nous verrons plus loin comment M. Tédenat grâce à son procédé opératoire, a résolu ce problème : les ovaires sont respectés. « Pourquoi, dit Pozzi, traiterait-on les ovaires parce qu'ils sont cachés, avec moins de déférence que les testicules apparents » ? L'hysteropexie et mieux encore la ligamentopexie sont des opérations éminemment conservatrices. Non seulement elles maintiennent les fonctions de la maternité mais elles les rendent possibles chez des femmes qui, de par la rétroversion de leur utérus, étaient condamnées à la stérilité ou à l'avortement.

Nombreux sont les cas où la rétroversion est accompagnée, ainsi que le prouvent nos observations, de lésions annexielles, de salpingo-ovarite. Ici surtout se pose la question de l'hystérectomie totale, de la castration. La castration totale est loin d'être exempte de dangers. Martin, dans sa thèse de 1893, et Denis dans celle de 1889 en ont décrit les troubles de

nature vaso-motrice, trophique et psychique. Mais, nous dira-t-on, il est des cas où l'anatomie pathologique, l'infection réclament la castration. Nous citerons l'opinion de Richelot. « La doctrine du tout à l'infection domine la gynécologie moderne. Je refuse de croire à l'infection dans les cas où je n'en vois pas trace. » Et Roulland ajoute : « Le fantôme de l'infection a fait méconnaître nombre de troubles pénibles pour les malades. Je veux parler de déviations du processus de la ponte ovulaire : hyperémie excessive due à la congestion active ou passive pouvant aller jusqu'à l'hémorragie folliculaire. » D'après ses expériences sur des lapines, Roulland dit que de simples exsudats hémorragiques aseptiques suffisent à engendrer des adhérences durables, solides, qui dévient les organes, les peuvent agglutiner entre eux, les entraînent en une situation ectopique et troublent profondément leur fonctionnement. »

Il est possible de conduire une opération moins mutilatrice que celle de Battey. « La salpingo-ovarite, dit Hartmann, dans les *Archives de gynécologie* de 1895, peut passer de la phase suppurée à la phase catarrhale, puis à la guérison. Enfin Traipont ajoute : « Il est prouvé aujourd'hui que nombre de collections salpingiennes sont stériles et que, débarrassées d'un foyer de contagion qui leur vient de l'utérus, elles ne demandent qu'à se vider ou se résorber ».

En nous appuyant sur ces citations et sur l'interprétation de nos observations, nous pouvons affirmer les résultats de la méthode conservatrice. Mais est-ce à dire que cette dernière soit exempte d'inconvénients? Dans les *Annales de gynécologie* 1906, Vautrin invoque en faveur de la castration totale « la possibilité fréquente de dégénérescence kystique des ovaires » ; à l'appui de sa théorie il cite des récidives survenues chez ses opérées après colpotomies ou opérations

conservatrices vaginales. Nous verrons plus loin que ces opérations sont en effet inférieures aux ligamentopexies ; mais en présence d'un ovaire atteint de dégénérescence kystique, MM. Tédenat et de Rouville conservent la partie saine. Matthaei a eu enlevé à un kyste glandulaire multiloculaire d'un côté et ponctionnant un kyste simple de l'autre ovaire, obtint un accouchement à terme. Tous les kystes ovariens ne sont pas de mauvaise nature. On connaît le processus : les kystes folliculaires proviennent de l'ovulation anormale et les kystes des corps jaunes des troubles dans la ponte. L'ignipuncture que nous avons vue souvent pratiquer par MM. Tédenat et de Rouville favorise par irritation substitutive la résorption des tissus atteints de sclérose ; la gêne vasculaire disparaît ; la glande reprend sa fonction physiologique.

A l'appui de cette affirmation, nous citerons celles de nos observations où après ablation partielle de l'ovaire s'est produit une guérison définitive. M. le professeur Tédenat a été jusqu'à réséquer partiellement des trompes oblitérées et à leur refaire un pavillon ; on a même proposé la transplantation, la greffe du tissu ovarien. On lira parmi nos observations celles ou MM. Tédenat et de Rouville en présence de rétroversions accompagnées de salpingo-ovarite, ont fait dans la même séance l'ablation partielle des annexes suivie d'hystéropexie.

Les cas sont fréquents où, particulièrement chez des femmes jeunes, une conservation prudente et sage doit toujours être tentée.

Certes, les lésions sont multiples et varient avec chaque femme. Nous ferons un examen minutieux des lésions, et cet examen dictera les indications d'intervention, « une toilette » attentive des annexes dans chaque cas particulier ; ici

l'ignipuncture suffira ; ailleurs une incision sera nécessaire pour évacuer le contenu du kyste ; mais toujours nous nous efforcerons, tout en étant complet, de ne pas porter atteinte à des organes précieux, à ne pas supprimer irrémédiablement la vie sexuelle d'une femme.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS

Ici encore, comme toujours, nous distinguerons la rétroversion simple, mobile, et la rétroversion complexe, adhérente. Nous verrons, dans ce dernier cas, combien est important le traitement de la métrite concomitante.

Le traitement médical est un auxiliaire précieux du traitement chirurgical, surtout s'il est appliqué avec sagesse et dès le début des malaises.

Ici, comme dans beaucoup d'autres points et pour rappeler une expression heureuse de notre maître distingué, M. le professeur Soubeyran, les frontières de la médecine et de la chirurgie se touchent.

Il est naturel, qu'avant l'ère antiseptique, nos devanciers se soient adressés uniquement au traitement médical. Ce dernier, ne pouvant être thérapeutique, était surtout symptomatique. Les reconstituants s'adressaient à la santé générale et les sédatifs agissaient sur l'élément douleur. Le repos local et général était la règle, ainsi que de grands bains, les révulsifs locaux, les cataplasmes émollients et laudanisés.

les injections vaginales chaudes et les grandes irrigations rectales.

Ces moyens réussissaient surtout dans les formes congestives légères, et si dans une période de lésions plus avancées ils n'étaient plus suffisants pour combattre le mal d'une façon absolue, du moins atténuaient-ils la douleur et rendaient-ils ainsi la vie moins pénible aux malades.

Négliger ce traitement médical serait illogique et ingrat. Si nous jugeons une intervention sanglante nécessaire, nous nous y déciderons sans avoir auparavant négligé de mettre en œuvre les moyens médicaux.

Bien plus, nous estimons que ce traitement, s'il doit être suivi d'une opération, sera pour celle-ci une utile préparation et une garantie de meilleurs résultats.

L'anémie, la chlorose, si fréquente chez cette catégorie d'utérines, seront les premières indications du traitement général : alcalins, ferrugineux, arsénicaux, en n'oubliant pas que l'insuffisance fréquente chez elles de l'appareil rénal, impose une certaine réserve quant à l'alimentation carnée. L'abus de la viande provoque souvent, chez ces malades, des céphalalgies, des douleurs musculaires ou articulaires qui disparaissent quand on diminue l'alimentation carnée et qu'on donne de préférence des légumes, des farineux, des herbes cuites, des fruits, des œufs, surtout du lait, dont on a montré, dans ces dernières années, la grande efficacité dans le traitement d'un grand nombre d'états chlorotiques.

Pour activer la circulation, pour régulariser l'innervation, les frictions sèches matin et soir sur tout le corps, les bains salés chauds, les bains carbo-gazeux et ferrugineux (Lamalou, Sylvanès, Brides) ont une importance considérable. Le traitement hydro-minéral est dans bien des cas un adjuvant précieux ; mais le choix des stations devra différer suivant les cas et les tempéraments ; certaines malades, surtout affligées

de pertes blanches continues, se trouvent bien des eaux sulfureuses, d'autres des eaux chlorurées sodiques, d'autres enfin d'eaux peu minéralisées, « indifférentes ». La vie au grand air, l'exercice régulier rendent aussi de grands services ; enfin, il faut combattre la constipation si fréquente, si opiniâtre chez la femme, par l'alimentation, l'exercice, la gymnastique des muscles abdominaux, le massage du ventre, en réduisant au maximum les laxatifs quels qu'ils soient.

Au récent Congrès international de physiothérapie (avril 1910), M. Stapfer (de Paris) a fait une communication sur le rôle et les avantages qui résultent d'une bonne kinésithérapie, appliquée avec méthode et sagesse, chez les femmes qui souffrent de leurs organes génitaux. Il assure que ce moyen thérapeutique doit être employé à l'exclusion de tout autre. Nous ne partageons pas cet exclusivisme, mais nous sommes avec lui quand il dit que l'on ne devrait jamais opérer sans avoir au préalable essayé cette méthode. Ce n'est certes pas une panacée, mais elle est digne des autres traitements conservateurs. De plus, elle n'a causé aucun accident grave, ni entre les mains de Brandt, ni entre celles des médecins qui respectent ses principes, et cela pendant trois quarts de siècle. Depuis de longues années, M. Tédenat emploie le massage ; son élève, le docteur Cros, a écrit une bonne these sur ce sujet il y a plus de quinze ans.

Enfin, même quand le massage échoue, lors même que le bistouri reste *l'ultima ratio*, le massage rend service parce qu'il met la malade dans des conditions telles que le traitement opératoire des organes est plus facile et les risques moindres. Parmi les différents modes auxquels la kinésithérapie s'adresse : massage, gymnastique, électricité, c'est cette dernière qui donne les résultats les moins constants. Simpson avait conseillé l'emploi de pessaires avec tige intra-

utérine à deux métaux, formant pile, le courant ayant pour but de réveiller la fonction des ovaires. Ce moyen médiocre est à peu près universellement oublié. La galvanisation à faible dose, de 5 à 15 milliampères, a été utilisée par Apostoli, par Munde, et beaucoup d'autres électro-thérapeutes ; le résultat que l'on obtient est toujours lent et médiocre.

Voici pourtant le résumé de la pratique habituelle :

1° Si le col est étroit et s'il n'y a pas tendance aux hémorragies, on introduit une tige en platine rattachée au pôle négatif, dans la cavité utérine ; le pôle positif, représenté par une large électrode en terre glaise ou en zinc enveloppée de plusieurs épaisseurs de linges ou de flanelle humide, sera appliqué sur l'abdomen ou la cuisse ; on fait passer un courant de 5 à 10 milliampères pendant 10 à 15 minutes. On obtient ainsi, après plusieurs séances, un peu d'assouplissement et de dilatation du col ; chacune de ces séances sera précédée et suivie d'une irrigation antiseptique.

2° Si le col est large et s'il y a tendance à l'hémorragie, la tige intra-utérine sera reliée au pôle positif.

Mais nous recommandons surtout comme autres agents de thérapeutique locale, outre les injections antiseptiques chaudes abondantes, de 4 à 6 litres, le massage, le tamponnement du vagin et le port d'un pessaire.

Stapfer, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (1896, p. 342), préconise surtout le massage dans le traitement des rétrodéviations de l'utérus. Est-ce à dire que tous les succès revendiqués par le massage lui soient réellement imputables ? Nous ne le croyons pas. Le massage, en tonifiant la résistance des ligaments, en produisant des modifications circulatoires, une sorte de vaso-constriction de l'utérus, peut certainement, en décongestionnant cet organe, diminuer son volume et en faciliter la mobilisation.

De bonnes séances de massage, exécutées loyalement,

avec prudence et douceur, d'apparence si insignifiantes, ont une réelle énergie thérapeutique. Nous avons vu à maintes reprises notre maître, M. le professeur Tédenat, en retirer d'excellents résultats. Souvent aussi nous l'avons vu associer à cette méthode le procédé américain de Bozemann ; la columnisation-massage, employée par Taillafero d'Atlanta, adoptée en France par M. Larozenne (de Lyon). Au Congrès de gynécologie de Bordeaux, qui eut lieu en 1895, M. le professeur Tédenat fit une communication sur la technique qu'il emploie chez ses malades pour rendre au muscle utérin sa tonicité : après une antiseptie minutieuse de la vulve, du vagin, des culs de sacs, du col, on introduit dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée imbibée de glycérine ; on procède ensuite méthodiquement au remplissage des culs de sac par des tampons ichthyolés suivis d'autres tampons bien tassés. Il s'ensuit une décongestion notable de la matrice, une atténuation de la douleur et un peu plus de souplesse des culs de sac ; c'est alors qu'intervient le massage bimanuel selon la méthode de Thure-Brandt. Les deux méthodes sont combinées et vont de pair. Entre les séances de massage une nouvelle columnisation est faite et à l'aide de la glycérine pure ou ichthyolée, à l'aide de la glycérine iodoformée ou phéniquée, la liqueur de Battey qui sont d'excellents topiques, à la fois anesthésiques et antiseptiques, on est peu à peu conduit à pouvoir réduire plus facilement l'utérus : les brides périmétriques se sont distendues, les ligaments qui étaient épaissis, sclérosés sont beaucoup plus souples, la femme elle-même dit « qu'elle se sent plus légère ».

Mais ce n'est pas tout d'avoir réduit, il faut non seulement grâce à cette mobilité acquise, placer convenablement l'utérus en bonne antéflexion, mais l'y maintenir ou tout au moins essayer de l'y maintenir. C'est alors que nous nous adressons d'abord à la réduction bimanuelle ou instrumentale et que

nous tâcherons de conserver cette réduction à l'aide du pessaire.

Nous ne ferons pas l'historique des pessaires ; disons seulement qu'ils ont été connus dès la plus haute antiquité. Les œuvres de Scultet et de Paré en sont illustrées. Sans nous arrêter à la grenade de Soranus, au ballon de laine d'OEtius et d'Oribase (Mic-Kay-History of Ancient Gynecology, London, 1901, chapter XXI), nous ne citerons que pour mémoire la nombreuse variété des pessaires : pessaires de liège, de fil de fer (Gœlick, Mayor), pessaires en cône tronqué, en bondon, en gimblette, composés d'étoupe de toile enduite d'un mélange siccatif ; pessaires à air, articulés, en bilboquet (Récamier, Maillet), pessaires élytroïde, en sablier de Malgaigne ; pessaires à ressorts (élytro mochlion Kilian, hystérophores à ressorts, Zwanet, Schilling, Pertusio)... e tutti quanti...

Certains pessaires sont communs aux diverses déviations, tel le pessaire de Dumontpallier, ressort recouvert de caoutchouc qui agit en distendant les culs de sac, fixant ainsi l'utérus. Citons aussi le pessaire de Gariel. Mais en ce qui concerne les déviations de l'utérus en arrière, nous ne retiendrons que le pessaire connu de Hodge. Nous le voyons souvent employer par M. Tédenat.

Le pessaire s'adresse aux rétroversions simples, mobiles ; ses effets seront d'autant meilleurs que le périnée sera plus solide. D'ailleurs, l'efficacité du pessaire est rapide. Nous avons vu certaines malades être immédiatement soulagées dès la pose de la boucle. Par contre, nous en avons vu aussi qui ne pouvaient pas la supporter ; cela vient parfois de ce que les dimensions du pessaire sont mal appropriées, d'où l'emploi par certains chirurgiens de pessaires en métal malléable pouvant être ainsi modifiés selon les cas. Un pessaire bien supporté facilite la marche, diminue les douleurs

pendant les règles, ne gêne pas la miction et la défécation, au contraire, enfin ne gêne ni le coït ni la fécondation.

Au début de la grossesse même, il doit être maintenu, sous peine de voir l'utérus retomber en arrière, s'incarcérer dans le Douglas. La malade devra prendre de fréquentes et d'abondantes injections vaginales. Un pessaire bien toléré, longtemps maintenu, a pu amener sinon parfois une guérison définitive, du moins une disparition à peu près complète des douleurs. Pajot, Depaul, Leake, Bieflembach, Hamilton, Mazade et Ferry (ces deux derniers dans leur thèse), ont jeté le discrédit sur un instrument qui, bien manié, bien adapté, rend de réels services. Pozzi, Le Dentu, Doléris, Tédenat, de Rouville, en sont partisans. Tout récemment (27 mai 1910), M. Brochin a fait à la Société des Chirurgiens de Paris une communication où il cite de nombreux exemples de femmes qui vivent normalement en portant des pessaires et se refusent à toute intervention.

La plupart de nos malades étant des ptosiques, nous leur ferons aussi porter une ceinture abdominale, celle de Glénard en particulier, de façon à soutenir le poids des viscères. Nombreuses sont les malades qui sont soulagées par cette sangle.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CONCOMITANTE
OPÉRATIONS PLASTIQUES

La réduction de la déviation par la méthode bimanuelle ou instrumentale et son maintien à l'aide du pessaire et de la ceinture abdominale s'adressent surtout à la rétroversion mobile, sans métrite, et chez les femmes dont le plancher vagino-périnéal est résistant. Nous devons maintenant indiquer la conduite à tenir dans le cas où la rétroversion mobile s'accompagne d'un périnée insuffisant et de lésions métritiques. La première indication est de traiter la métrite : dilatation, injections vaginales et intra-utérines avec le dilatateur-irrigateur de Reverdin, injections chaudes à 40° au lysol ou au permanganate de potasse ; cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent à 1/50 ou au chlorure de zinc à 1/20 ; mèche de gaze iodoformée, tamponnement du vagin à la gaze iodoformée ou à l'aide de tampons imbibés de glycérine icthyolée à 20 p. 100 ou de liqueur de Battey (glycérine 200 grammes, iode 20, acide phénique 100); badigeonnage du col et des culs de sac à la teinture d'iode.

Les cautérisations seront répétées tous les huit jours et seront suivies d'irrigations à l'eau phéniquée à 1 p. 100, ou

ysolée. (M. le professeur Tédenat fait ajouter à cette dernière de l'essence de girofle comme désodorisant. M. le professeur de Rouville rend l'iodoforme inodore par l'essence de menthe). Si ces moyens sont insuffisants, on aura recours au curettage; ou bien, en cas d'endométrite, de métrite cervicale parenchymateuse, on fera l'amputation du col ou l'opération de Bouilly : agrandissement de l'orifice utérin et suppression de la muqueuse cervicale infectée. Voici la technique suivie par M. le professeur de Rouville en cas d'endométrite glandulaire cervicale chronique : Préalablement, dilatation du col pendant 48 heures à l'aide de tiges de laminaire aseptique ; curettage de la cavité utérine; saisir avec une pince de Museux chacune des lèvres antérieure et postérieure du col ; tendre et attirer les parties; avec un bistouri étroit et pointu enlever d'abord sur la lèvre inférieure un petit lambeau rectangulaire comprenant les trois-quarts environ de la demi-circonférence inférieure de la muqueuse.

« Porter le bistouri à 1 centimètre et demi environ de profondeur jusqu'au voisinage de l'orifice interne, au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale, et détacher ainsi à la face interne du col un petit lambeau rectangulaire, étendu d'une commissure à l'autre, et limité en bas par l'orifice externe, en haut par l'orifice interne ; achever à ce niveau la section par un coup de ciseaux pendant que le lambeau est maintenu et attiré par une pince à griffes. Répéter, à la face interne de la lèvre supérieure, une manœuvre analogue ; il en résulte l'ablation de deux demi-gouttières se regardant par leur concavité. L'orifice utérin se trouve agrandi. Le col est largement cruenté dans ses trois quarts inférieurs ; seules les parties latérales, au niveau des commissures, sont respectées, de manière à ce que la muqueuse, à ce niveau, conserve ses caractères et ses propriétés et ne permette pas la réunion angulaire des parties avi-

vées. Donner aux lambeaux muqueux une épaisseur variable avec l'épaisseur même du col (généralement petit), c'est-à-dire de 2 à 4 millimètres. Curetter, à la curette tranchante, les parties avivées du col (pour délacérer et ouvrir les culs de sac glandulaires qui peuvent rester). Faire une injection vaginale antiseptique ; attouchement de la cavité du corps et du col avec un tampon de coton hydrophile largement imbibé de glycérine créosotée au tiers ; appliquer dans la cavité du col une mèche de gaze iodoformée imbibée de la même solution ; bourrer le vagin avec de la gaze iodoformée ; laisser ce premier pansement 48 heures ; le refaire alors tel quel pour 3 ou 4 jours ; refaire alors un second pansement absolument semblable ; faire les pansements ultérieurs (simples tamponnements vaginaux) de quatre en quatre jours jusqu'au douzième ou quinzième jour. »

Si nous nous trouvons en présence d'un gros col parenchymateux, très fendu, entr'ouvert nous pouvons faire l'amputation à deux lambeaux (Simon Markwald) ou à un lambeau (opération de Schrœder). « L'excision des tissus morbides, écrit Pozzi, par l'instrument tranchant, voilà le véritable traitement de toute altération du col invétérée, qu'il s'agisse d'une ulcération rebelle ou d'une induration sclérokystique ». Fort heureusement dans les cas qui nous occupent, nous n'aurons que très rarement à envisager de pareilles éventualités.

Le plus souvent, le traitement de la métrite (accompagnant la rétroversion) par le pansement intra-utérin sera suffisant ; il est toujours bien entendu que nous ne négligerons jamais le traitement général. Nous avons vu bien des femmes complètement rétablies sans autres interventions.

L'excision de la muqueuse endocervicale en respectant les commissures donne souvent de bons résultats. Bouilly y a insisté un des premiers et nous les avons constatés souvent chez les opérées de MM. de Rouville et Tédenat.

Des applications topiques, plus à la portée de tous les praticiens, doivent être indiquées ici. Monge a vanté le formol mélangé à l'eau ou à l'alcool dans la proportion de 1 sur 5, 1 sur 10. Nous avons vu M. Tédenat tirer grand profit de ces applications peu douloureuses et donnant néanmoins des eschares qui s'éliminent rapidement dans des tissus aseptisés par le mélange formolé.

Richelot a utilisé les caustiques alcalins (filhos et néophilos, mélange de potasse et de chaux). M. Tédenat emploie les pastilles de potasse. Il les applique sur les cols gros, bourrés de glandes infectées, jusqu'à production d'une coloration grise ardoisée. En contact de 2 à 3 minutes y suffit ; l'eschare se détache après 8 à 10 jours. Deux ou trois applications de ce genre, avec pansements antiseptiques intermédiaires suffiront souvent pour guérir des cervicites paraissant exiger l'amputation ou le Schroeder. Nous avons vu de gros cols grenus ou fongueux prendre l'aspect de cols parfaitement sains. Dans sa thèse de Montpellier 1906, M. Papadopoulos a cité les résultats excellents obtenus par M. Tédenat. Richelot reste grand partisan des cautérisations de néophilos : il faut savoir l'employer et ce n'est pas difficile.

On pourrait craindre que les cautérisations fassent des sténoses ; il n'en est rien quand on les fait avec art ; d'ailleurs les sténoses sont à craindre après le Schroeder toutes les fois qu'on n'a pas la réunion per primam. Et puis il n'est pas toujours possible de faire un Schroeder quand existent des lésions quelque peu étendues du paramètre ou des annexes. Leur tiraillement n'est pas sans danger.

Mais nous devons envisager le cas de celles dont le plancher vagino-périnéal est insuffisant. La restauration du périnée s'impose. La colpopérinéorrhaphie et le traitement de la métrite peuvent, dans certains cas, suffire à améliorer, sinon à faire disparaître, tous les symptômes de la rétrodéviation.

L'insuffisance du plancher pelvien chez les femmes à utérus rétrodévié n'est pas rare ; la rétroversion n'est qu'un stade du prolapsus utérin. Ainsi que nous l'indiquons plus haut, nous nous trouvons en présence de femmes dont tous les tissus marquent une insuffisance de développement ; leur périnée ne fait pas exception ; il s'agit de le reconstituer.

Pour cela nous nous adresserons à la colporrhaphie ou à la colpopérinéorrhaphie. Nous citerons aussi le périnéauxis de Martin qui ne diffère de la colpopérinéorrhaphie que par la manière de pratiquer l'avivement ; enfin la colpopérinéoplastie par glissement, procédé de Doléris, qui n'est qu'une combinaison du procédé de dédoublement de Lawson Tait et de la suture d'Emmet.

Il nous a été donné de voir fréquemment M. Tédenat pratiquer, au cours de la même séance, l'hystéropexie suivant son procédé habituel que nous décrivons plus loin et la périnéorrhaphie. Cette méthode lui donne d'excellents résultats. Il est de toute évidence qu'une opération qui cherche à reconstituer l'appareil de soutènement de l'utérus est une opération primordiale qui assure le succès de celles qui ont pour but la fixation de l'utérus : la réfection du support garantit le bon résultat des pexies. Parmi ces reconstitutions nous indiquerons, comme étant les plus pratiquées, la technique abrégée de la colporrhaphie et de la colpopérinéorrhaphie. Les parois vaginales largement écartées, on délimite sur la paroi vaginale postérieure fixée et étendue avec trois pinces fixatrices, un triangle isocèle de 6 à 7 centimètres de base, à la peau, remontant à 6 ou 7 centimètres dans le vagin. On trace alors, au bistouri, des incisions limitant le triangle d'avivement, en ayant soin de donner à sa base une forme concave, à l'union de la peau du périnée et de la muqueuse vaginale, et une direction légèrement convexe en dedans aux deux côtés. On avive toute la surface

ainsi délimitée, en disséquant avec soin la muqueuse vaginale, et la muqueuse seule, pour obtenir un avivement très aplani, très régulier.

On réunit les deux moitiés de la base l'une à l'autre par quelques points de suture placés au bord de l'incision cutanée, et les deux côtés latéraux par d'autres points qui parcourent le tissu au-dessous du plan d'avivement dans toute son étendue. Ces points sont noués et fixés en reconstituant la paroi vaginale postérieure. Ces sutures sont ordinairement faites à points séparés et au fil d'argent (Hégar) ou au crin de Florence. Ou bien par glissement, après incision courbe à la limite de la peau et de la muqueuse, on amorce un lambeau vaginal que l'on dissèque avec les doigts sur le côté, le plus loin possible, pour mettre à nu les fibres du releveur de l'anus sur les parties latérales, presque jusqu'à ce que les doits sentent les ischions. La suture s'opère au moyen d'une aiguille très courbe chargée avec du crin de Florence. On enfonce l'aiguille très en arrière, on lui fait accrocher sur le côté les fibres du releveur de l'anus. L'aiguille s'engage ensuite dans la profondeur du lambeau vaginal, puis dans les fibres du releveur de l'autre côté et enfin reparaît à la peau. Les autres fils sont placés pareillement à distance convenable. Lorsqu'ils sont successivement serrés, ils réunissent sur la ligne médiane les deux moitiés de l'incision cutanée. Le lambeau vaginal est alors réséqué et l'on termine la réunion par quelques points au catgut.

Quant à la colporrhaphie antérieure, elle est surtout indiquée lorsque la paroi vaginale antérieure faisant une forte saillie constitue la cystocèle. Des pinces sont placées sur la paroi vaginale antérieure et délimitent la surface sur laquelle va porter l'avivement ; celui-ci commence à un centimètre du méat et décrit un losange à angles arrondis ; la muqueuse est disséquée dans toute cette étendue et dans toute son épais-

seur : des fils de soie ou, de preference, des catguts sont placés d'avant en arrière et constituent une ligne de suture longitudinale.

D'après ces methodes operatoires, Doleris sur 14 operees a eu 6 échecs et 8 succès : sur les échecs 3 ont été reoperees et gueries par l'Alquié-Alexander, une amelioree. Sur les 8 succès, 3 grossesses ; par ces procedés la retroversion mobile peut donc être guérie. Dans les cas où la guerison n'est pas complète il y a toujours une très notable diminution des phénomènes douloureux.

Ces opérations, frequemment suffisantes chez la plupart des malades, ne le sont plus dans les cas difficiles irreductibles, accompagnés de prolapsus complet, de lesions inflammatoires etendues, de relâchement total des moyens de supension. Dès lors, pour obtenir et maintenir la réduction, nous nous voyons obligés d'ajouter aux opérations plastiques, toujours necessaires, quelqu'une des interventions qu'il nous reste à décrire.

CHAPITRE VI

OPÉRATIONS PAR LA VOIE VAGINALE

Une des premières indications des interventions par la voie vaginale est, chez la catégorie de femmes qui nous occupe, la brièveté de la paroi antérieure du vagin. L'opération de Skeen tend à allonger cette paroi. Voici, résumée, la technique de cette opération, telle que nous l'avons vue employer plusieurs fois et avec succès par M. le professeur Tédenat : savonnage du vagin, assèchement, badigeonnage à la teinture d'iode à 3 p. 100 ; une valve est appliquée contre la paroi antérieure du vagin qu'elle déprime en avant; le col est saisi avec une pince tire-balle qui l'attire en arrière, un coup de ciseau est donné dans le cul de sac antérieur, tendu ; cette incision transversale de 15 à 20 millimètres de longueur est suturée dans le sens transversal par trois points de suture au catgut ; par ainsi on allonge de manière notable la paroi antérieure du vagin.

De la gaze iodoformée est tassée dans le cul de sac antérieur ; au bout de 24 heures on l'enlève et on fait une irrigation. Quand les catguts tombent au bout de 7 à 8 jours la cicatrisation est complète. Au bout d'une quinzaine jours, les tampons étant continués jusqu'alors, quelques séances de

massage permettront de donner à l'utérus une position et une direction convenables.

Mais il est une autre opération, préconisée par notre Maître, exposée dans la thèse de notre excellent ami M. le docteur Fuster, ancien chef de clinique de M. le professeur Tédenat, professeur suppléant à la Faculté d'Alger : la cœliotomie vaginale. Cette opération, tout en permettant l'examen des annexes et facilitant « leur toilette », met à l'abri d'une infection le péritoine et sert à réduire la rétroversion. Gaillard-Thomas (*Traité clinique des maladies des femmes*, Paris, 1887, p. 681), avait surtout en vue, par cette voie, l'extirpation des annexes. Il eut quelques mécomptes. Byford reprit l'opération en 1888 et dans un mémoire intéressant il attira de nouveau l'attention sur l'utilité de l'incision vaginale postérieure pour extirper les petits kystes de l'ovaire ou les petites salpingites. Gottschalk, Péan, Bouilly, Terrillon, Gouilloud, Segond, Condamin, Jaboulay, Tédenat en sont partisans.

Au Congrès de gynécologie de Bordeaux, en 1895, M. le professeur Tédenat fit sur cette opération une communication de trois cas opérés et suivis par lui. Il s'agissait de rétrodéviations adhérentes et c'est particulièrement à cette sorte de déviations que ce procédé opératoire convient. On peut inciser soit le cul de sac postérieur, soit le cul de sac antérieur. Dührssen, Le Dentu, Pichevin utilisent l'incision antérieure de Makenrodt. L'utérus étant abaissé à l'aide d'une pince tire-balle, M. Tédenat fait une incision sagittale avec agrandissement transversal. Si l'on n'arrive pas immédiatement sur le péritoine, le tissu cellulaire est décollé surtout à l'aide des doigts jusqu'à la séreuse qui est incisée. Avec les doigts, on détruit aussi les adhérences ; les annexes sont explorées, ignipuncturées ou extirpées, selon l'étendue et la gravité des lésions. Une mèche de gaze iodoformée est tassée

après réduction de la rétroversion et, tout en maintenant cette dernière, agit aussi comme drain. On fait une injection au lysol ou tout simplement à l'eau salée bouillie, puis un tamponnement du vagin. Les injections et les tamponnements sont continués les jours suivants et, vers le quinzième jour, la malade se lève après mise en place d'un pessaire.

Cette opération n'est donc pas définitive, puisqu'elle continue le port du pessaire. Elle n'a pas eu empêché une rétroversion de se reproduire.

Aussi a-t-on pensé aux hystéropexies vaginales : vagino-fixation du col, vagino-fixation du corps. Le résultat obstétrical de cette dernière est déplorable : la grossesse et l'accouchement sont fortement compromis. L'opération de Dührssen, modifiée par Richelot, laissant libre le fond de l'organe, nous paraît préférable. En voici la technique résumée, d'après M. le professeur de Rouville (*Consultations gynécologiques*) :

« Attirer le col à la vulve avec une pince à traction ; inciser transversalement le cul de sac antérieur du vagin et prolonger l'incision sur les culs de sac latéraux ; détacher aux ciseaux, avec soin, l'insertion vaginale jusqu'au cul de sac péritonéal et ouvrir largement ce dernier ; apercevoir bien nettement au fond de la plaie du cul de sac antérieur la surface péritonéale de l'utérus saisir l'utérus avec une pince-érigne à deux centimètres au-dessus de l'isthme, l'attirer en avant (enlever la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière) ; l'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché ; saisir dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur) et à quelque distance de la ligne médiane et y enfoncer l'aiguille courbe, armée d'un fil de catgut ; faire cheminer cette aiguille transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus et au-dessous de la région des cor-

nes utérines ; sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre ; placer de même le deuxième et le troisième fil de catgut ; serrer les trois fils et achever la réunion par quelques points de suture ». Dès lors l'utérus se trouve fixé en antéversion. Quand Dürhssen fit sa première communication, il avait déjà pratiqué 114 fois son opération et obtenu 102 guérisons. Ce procédé a été modifié par Le Dentu et Pichevin à l'aide d'une incision antéro-postérieure qui commence environ à deux centimètres en arrière du méat et se termine à un centimètre au-dessus de la lèvre antérieure du col utérin. Cette incision donne beaucoup plus de jour que celle transversale de Bührssen.

Certes, la statistique de Dührssen est éloquente, mais celle de Kustner (Congrès de Genève 1890) établit que sur 786 cas de vagino-fixation, la reproduction de la déviation fut observée chez 72 femmes et que 92 eurent consécutivement des troubles fonctionnels.

On dit que ces vagino-fixations sont des opérations solides, elles le sont en effet, elles le sont même trop si on envisage seulement le mode de suture, elles ne le sont pas si l'on se souvient que les tissus auxquels est fixé l'utérus sont des tissus faibles, souples, facilement extensibles, mal développés, mal nourris : « On ne plante pas un clou dans du sable », dit notre maître.

Mais ce qui est plus grave, ce sont les troubles sérieux apportés souvent par la vagino-fixation dans la grossesse et l'accouchement. La fixation du fond empêche le développement de l'utérus gravide ; les adhérences occasionnent par leur tiraillement de violentes douleurs ; vers le deuxième et particulièrement vers le quatrième mois de la grossesse la femme avorte ; que si, par extraordinaire, le terme est atteint, bien souvent l'accouchement est dystocique, la présentation de l'épaule est fréquente. L'antéversion souvent

exagérée, qui est la conséquence inévitable des vagino-fixations, provoque une insertion vicieuse du placenta. La paroi antérieure de l'utérus étant fixée, c'est surtout la paroi postérieure qui va essayer de se développer, d'où menace de rupture utérine, menace d'un tiraillement, d'une déchirure du placenta, d'où hémorragies parfois très graves et avortement. Ce sont toutes ces raisons qui avaient fait penser à Mackenrodt de substituer, à son opération, la vésico-fixation. Sur 95 grossesses Demelin a noté 19 avortements et 19 accouchements prématurés. Gessner, pour terminer trois accouchements, dut inciser les tissus au niveau de la cicatrice. M. Labadie-Lagrave cite Wertheim, Kallmergen, Berndt, qui eurent recours à l'opération césarienne. Wertheim a rapporté l'histoire de cette femme, opérée par Dürhssen, chez laquelle les adhérences étaient si résistantes au moment de l'accouchement qu'on fut obligé de pratiquer l'opération de Porro, dont la femme mourut, et MM. Labadie-Lagrave et Legueu ajoutent que, « sur deux malades qui avaient été opérées sans ouverture du cul de sac péritonéal, Wertheim nota un avortement au quatrième mois et un accouchement à terme. Mais, sur une troisième malade, chez laquelle le cul de sac péritonéal avait été ouvert et l'utérus fixé directement au vagin, l'accouchement ne put s'effectuer spontanément : on dut faire la version de Braxton-Hicks. »

Au point de vue obstétrical, la vagino-fixation expose donc à des inconvénients tels qu'ils doivent faire rejeter cette opération chez toute femme en âge de concevoir ; ces inconvénients paraissent jusqu'ici plus complexes et plus fréquents qu'ils ne le sont à la suite de l'opération d'Alexander ou de l'hystéropexie abdominale, et à ce point de vue la vagino-fixation est très inférieure à ses deux congénères (Demelin).

CHAPITRE VII

INDICATIONS GÉNÉRALES
TECHNIQUE ET RÉSULTATS DES DIVERSES HYSTÉROPEXIES ABDOMINALES

Il nous reste maintenant à envisager les cas où les manœuvres douces de réduction bimanuelle, le massage, l'électricité, la gymnastique, sont restés sans effet, les cas où par suite d'étroitesse de la vulve, de rétroflexion irréductible, le pessaire est inapplicable ou intolérable ; c'est-à-dire les cas de rétroversions fixes, adhérentes, complexes, souvent accompagnées de lésions annexielles, de phénomènes inflammatoires douloureux. Nous nous adresserons à l'hystéroplexie abdominale ; encore appelée : ventrofixation (Olshausen) antefixation (Sänger, hystérorrhaphie (Kelly), c'est une opération qui consiste à fixer l'utérus à la paroi abdominale.

L'hystéropexie extra-péritonéale réalisée par Caneva, Assaky, Crespi, Vaton, ne nous arrêtera pas. C'est une opération aveugle, dangereuse et qui de plus ne permet pas de se rendre compte de l'état des lésions concomitantes et d'y remédier ; enfin elle expose à la blessure d'organes importants : vessie, intestin.

L'hystéropexie intra-abdominale nous rentiendra davan-

tage ; elle comprend : la laparotomie exploratrice et la fixation de l'utérus. Grâce à elle nous pouvons juger de l'étendue des lésions annexielles, nous explorons tout l'appareil ligamenteux de l'utérus et le Douglas ; nous débarrassons l'utérus de ses adhérences ; pouvons inciser ou thermocautériser les kystes ovariens ou salpingiens ; enfin, redressons l'utérus et le fixons.

L'hystéropexie intra-abdominale comprend la fixation indirecte (Kœberlé, Klotz) et la fixation directe, celle-ci à son tour est latérale (Olshausen, Sänger) ou médiane (Léopold, Czerny).

Dans la fixation indirecte, après ablation d'un ovaire ou d'une trompe, d'un seul côté, on fixe le pédicule à la paroi. Avec ce procédé on sacrifie l'ovaire, on tord l'utérus et on a des insuccès. On a eu tort, dit Pozzi, de voir un procédé analogue à celui de Klotz, dans une indication très brève donnée par Polk, dans un travail intitulé : « Les trompes et les ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingite ? » Polk se borne à dire que quand la déviation en arrière de l'utérus était due à l'action des annexes, « il avait eu essayé deux fois, après avoir détaché les adhérences, d'y porter remède par un simple tube à drainage ; mais il a obtenu des résultats inférieurs à ceux que lui a donnés ensuite l'opération d'Alexander, appliquée aux mêmes cas. » Il n'y a donc eu là aucune fixation de l'utérus, mais un simple redressement, tandis que Klotz suture un pédicule ovarique ou tubaire.

Dans la fixation directe latérale, l'utérus est fixé à l'aide de crins de Florence, par ses bords ; on fait trois points de suture de chaque côté. L'aiguille ne prend que le feuillet séreux, elle évite la trompe et le ligament rond. Ce procédé a l'inconvénient de laisser subsister une sorte de boutonnière à travers laquelle une anse intestinale peut s'étrangler. Kelly a

décrit un nouveau procédé d'hystéropexie intra-péritonéale d'après lequel les cornes utérines sont fixées à la séreuse pariétale.

La fixation directe médiane est le procédé le plus couramment employé. Léopold (de Leipzig) fixe le fond de l'utérus à la paroi abdominale ; après laparotomie et rupture des adhérences, l'utérus ayant été redressé, une aiguille chargée de fil de soie traverse dans son entier la paroi abdominale, pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin dont la séreuse est avivée par un léger grattage afin de faciliter les adhérences ; à sa sortie du muscle utérin, l'aiguille pénètre de nouveau dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. Les points de suture sont enlevés au bout de quinze jours. Czerny ne fait traverser à son aiguille que l'aponévrose et le péritoine, le muscle utérin traverse de même du côté opposé, le péritoine et l'aponévrose ; sa suture ne comprend ni les muscles de la paroi, ni les ligaments, ceux-ci sont suturés à part, à l'aide d'autres fils.

Le procédé de Terrier est aussi très employé.

Le fond de l'utérus est soulevé et maintenu par un fil provisoire. Une aiguille de Reverdin chargée de gros catgut traverse l'épaisseur de la paroi abdominale, la peau exceptée, puis l'épaisseur du muscle utérin, au niveau du col et du corps, le second fil est passé vers le milieu du corps, le troisième et dernier près du fond. Ces fils sont liés ; le fil provisoire est enlevé ; la paroi abdominale est suturée définitivement à l'aide d'autres points au crin de Florence. « Pour ma part, dit Pozzi, j'ai longtemps appliqué à l'hystéropexie le procédé de la suture en surjet qui me sert toujours dans les réunions de quelque étendue ».

Comme on le voit tous ces procédés ne diffèrent que par la fixation des fils ; leur pronostic est bon. Les résultats sont immédiats : la femme cesse de souffrir, les troubles intes-

tinaux, vésicaux, génitaux cessent au bout de quelques jours. Mais le résultat au point de vue obstétrical est loin d'être aussi brillant. Nous pensons qu'il est mauvais de fixer le fond de l'utérus à la paroi abdominale chez des femmes susceptibles de devenir enceintes. Nous ne saurions répéter comme arguments que ceux déjà présentés au sujet de la vaginofixation. Nous ajouterons que c'est en vue d'une grossesse possible que Sänger, Olshausen, préfèrent suturer les bords de l'utérus et non la face antérieure.

Certes, les cas publiés en France comme à l'étranger de femmes ayant eu un accouchement normal à la suite de l'hystéropexie sont nombreux et paraissent se multiplier ces temps derniers; il nous paraît que les statistiques seraient encore plus belles et plus encourageantes si l'unanimité des opérateurs adoptait le procédé d'hystéropexie indirecte par ligamentopexie. Notamment, grâce au procédé de M. le professeur Tedenat, l'utérus n'étant fixé qu'au niveau de l'isthme, tout le corps peut se développer au cours de la grossesse, la femme n'est pas exposée à l'avortement, aux hémorragies ou aux dystocies.

Mais l'hystéropexie suivant les procédés décrits plus haut reprend tous ses droits quand elle devient opération complémentaire. C'est ainsi que la lecture des observations prises dans le service de M. le professeur de Rouville montre que l'hystéropexie a été faite au cours d'une laparotomie décidée primitivement pour kyste de l'ovaire ou salpingo-ovarite. Souvent la simple ablation des annexes a pu redresser en avant un utérus rétroversé ou réfléchi; toutefois, M. de Rouville estime plus prudent, dans la même séance, de fixer l'utérus à la paroi abdominale afin d'assurer sa bonne position.

D'autre part, l'hystéropexie a pu être faite, ainsi que le montrent nos observations, chez des femmes jeunes, laparo-

tomisées pour examen des annexes. Ce sont des femmes à utérus rétroversé douloureux avec annexites. Il faut dans ces cas être « conservateur » le plus possible : incision, résection, ignipuncture; salpingostomie même. Quand l'ablation unilatérale ou bilatérale des annexes est rendue nécessaire, il faut, à l'exemple de Sänger et de Léopold, combiner la castration à la gastro-hystéropexie. Toutefois, il faut se souvenir que l'hystéropexie suffit souvent dans le prolapsus simple de l'ovaire. « Elle serait même alors, dit Pozzi, une opération conservatrice, car les phénomènes réflexes disparaissent par la fixation de l'utérus, qui se substitue ainsi heureusement à l'opération de Battey ».

CHAPITRE VIII

HYSTÉROPEXIES INDIRECTES. LIGAMENTOPEXIES. PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

« L'indication à remplir, dit Richardson, est de replacer l'utérus aussi bien que possible dans son état normal d'antéversion et de l'y fixer dans une position et par un procédé entraînant dans la suite le moins de troubles physiologiques possibles ».

Les opérations ligamentaires nous paraissent le mieux répondre à cette indication. La première en titre et en date est celle que conçut en 1840 le Montpelliérain Alquié : le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds. La voici, resumée : 1° Recherche des ligaments : On prend l'épine du pubis comme point de repère et on fait une incision, à partir de ce point, de 5 à 6 centimetres, parallelement à l'arcade crurale dans la direction du canal inguinal. La découverte de ces ligaments est délicate. A une époque même Doléris écrivait qu'ils étaient introuvables. En réalité, l'éparpillement des faisceaux rend facile la confusion avec le tissu cellulaire. Le mieux est d'ouvrir le canal inguinal ainsi que le recommandent Roux, Edebohls, Newmann. A ce niveau le ligament rond sera reconnu à sa forme cylindrique;

2° Dégagement des ligaments et redressement de l'uté-

rus : La portion pelvienne du ligament rond est mise à jour en exerçant des tractions sur la portion intra-inguinale. A l'aide d'un hystéromètre on a pu faciliter le redressement de l'utérus. Au travers de la région sus-pubienne l'utérus doit être senti ;

3° Fixation des ligaments et occlusion de la plaie : On resèque la partie de ligament extériorisée et on fixe le pédicule à l'aponévrose du grand oblique. On reconstitue la paroi antérieure du canal inguinal à l'aide d'un surjet au catgut et on suture la plaie abdominale à l'aide de crins de Florence. Les mêmes temps sont suivis du côté opposé. Cette opération est bénigne ; ce qui a pu la rendre difficile et incomplète c'est l'état de dégénérescence granulo-graisseuse des ligaments consécutive à la pelvi-péritonite, leur atrophie, leur fragilité. En pratiquant la traction des ligaments on a pu exagérer la flexion de l'utérus. C'est le cas de Routier cité par Baudouin. D'où il s'en suit qu'il faut toujours redresser l'utérus rétrofléchi avant de raccourcir les ligaments ronds. Il n'est pas moins vrai que cette opération d'Alquié-Alexander est bénigne. Les résultats cliniques le prouvent et les chiffres sont éloquents. Trélat, Doléris, Schwartz, Terrillon ont publié des statistiques concluantes.

Sur 97 rétroversions traitées par Munde à l'aide de ce procédé, il y eut 87 guérisons durables. Edebohls cite 166 opérations avec 106 femmes revues par lui et guéries définitivement. Il nous serait facile de prolonger l'énumération de ces statistiques ; citons pourtant celle de Delbet, avec 213 cas et un seul insuccès. L'opération d'Alquié réussit surtout si on lui combine les opérations plastiques sur le périnée ; mais elle n'est efficace que pour les rétrodéviations mobiles, sans adhérences ; elle est insuffisante, impuissante, dirons-nous, contre les rétrodéviations fixes, adhérentes, même si l'on a pris la précaution de mobiliser l'utérus.

Dubourg débarrasse l'utérus de ses adhérences, amincissant le cul de sac postérieur, puis rapproche l'utérus de la paroi abdominale par le procédé d'Alquié ; malgré les bons résultats qu'il dit avoir recueillis de cette méthode, nous n'en persistons pas moins à préférer la laparotomie pour toutes les rétrodéviations adhérentes. Supérieure à la vagino-fixation surtout au point de vue obstétrical, l'opération d'Alquié-Alexander est inférieure aux hystéropexies abdominales, aux ligamento-pexies intra péritonéales ; elle ne convient qu'aux rétroversions mobiles, simples, alors que le pessaire est insuffisant ou mal toléré.

En rendant moins dangereuse l'ouverture du péritoine, l'antisepsie et l'asepsie ont permis à certains chirurgiens de pratiquer le raccourcissement des divers ligaments utérins, en agissant directement sur leurs parties intra péritonéales. Kelly s'est d'abord adressé aux ligaments utéro-sacrés : un fil de soie est passé de chaque côté du rectum au fond du cul de sac de Douglas, de dedans en dehors, puis profondément dans le col, au niveau des insertions latérales du ligament utéro-sacré. Frommel (d'Erlangen) préconise aussi cette opération. Elle fut reprise par Polk qui utilise la voie vaginale : le cul de sac postérieur est incisé ; l'aiguille pénètre au niveau de la partie moyenne de chaque ligament utéro-sacré. L'aiguille ressort à travers la paroi vaginale ; une fois les fils serrés, la cavité de Douglas se trouve rétrécie.

Nous citerons aussi le raccourcissement des ligaments larges, d'après Lawson Tait et d'Imbach, à l'aide d'une plicature de ces ligaments, soit au niveau de leur extrémité externe ou de leur portion interne.

Malgré les quelques succès qu'elles ont donnés, ces opérations ne sont pas pratiquées couramment par la majorité des chirurgiens.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne le raccour-

cissement des ligaments ronds. Les procédés sont nombreux.

Wylie, de New-York est le premier qui conçut cette opération en 1886. Un des ligaments ronds est saisi à égale distance de la corne utérine et du pubis ; on l'attire au niveau de la plaie abdominale et on lui fait faire un pli à convexité externe. La face interne du pli est avivée par grattage du péritoine à la surface du ligament de façon à faciliter les adhérences au niveau de la portion repliée. Le pli est fixé à l'aide de trois solides ligatures à la soie, de façon à comprendre dans l'anse du fil le plus de ligament rond possible. On pratique les mêmes temps de l'autre côté, et l'on referme la plaie abdominale. Bode (de Dresde) et Ruggi (de Bologne) ont modifié ce procédé. Après réduction de la déviation, le ligament rond est traversé par un fort catgut tout près de son entrée dans le canal inguinal, le même fil pénètre du même côté tout près de son extrémité utérine. Les deux parties du ligament ainsi traversé sont rapprochées par plicature et maintenues par une suture en surjet double.

Bode fait un pli au ligament rond, en prenant ce dernier à partir de l'utérus ; un fil est passé et entoure presque dans son entier le ligament, on le noue, puis on lui fait traverser la corne utérine adjacente.

Polk saisit les ligaments ronds et les coude en avant de l'utérus ; leur face interne est avivée tout près de l'extrémité utérine ; un gros catgut les unit à ce point ; les deux ligaments ronds se trouvent accolés en X en formant un repli interne.

Le procédé de Dudley diffère des précédents. L'extrémité utérine des ligament ronds est coudée et ceux-ci sont fixés à la face antérieure de l'utérus, après son avivement. Par cette manœuvre, l'insertion utérine du ligament rond est très abaissée. Pour y remédier, Baudouin a proposé de fixer à l'utérus les deux branches du V dessiné par les ligaments ronds.

Tous les modes opératoires que nous venons de décrire ont ceci de commun qu'ils ne comportent aucune fixation à la paroi. Doléris, Beck, M. le professeur Tédenat ont pensé à compléter l'opération de raccourcissement par la fixation des ligaments ronds dans la plaie abdominale. Le procédé de Doléris, modifié par lui-même, est le premier qui mérite vraiment le nom de *ligamentopexie*. Nous allons le décrire, ainsi que celui de Beck, d'après les thèses de Hivet et de Servetaz.

L'ancien procédé de Doléris consiste à transporter l'insertion des ligaments dans deux canaux inguinaux artificiels constitués par deux boutonnières pratiquées au bistouri de chaque côté de l'épine du pubis et intéressant toute l'épaisseur de la paroi. On fait une anse à l'extrémité inguinale de manière à obtenir le raccourcissement voulu, on engage l'anse dans la boutonnière et on suture.

Le procédé de Beck (New-York) a été le point de départ de la ligamentopexie. En voici le résumé : laparotomie médiane, recherche des ligaments ronds. Par une incision médiane sur la séreuse du ligament on fait une boutonnière par laquelle on attire une anse du ligament dépouillé de péritoine. Les lèvres de la boutonnière péritonéale sont suturées au-dessous de l'anse. Cette anse est attirée dans la plaie abdominale qui est suturée de façon à extérioriser complètement sous la peau l'anse ligamentaire ou plutôt les deux anses, car on applique le même traitement aux deux ligaments.

Doléris, après Beck, en 1898, nous donne une ligamentopexie qu'il décrit sous le nom d'inclusion pariétale des ligaments ronds. Elle consiste à saisir les ligaments par leur partie moyenne et à inclure l'anse ainsi formée dans la cicatrice en la fixant aux piliers fibreux des muscles droits. Richelot s'est fait le brillant défenseur de ce procédé

Procédé Tédenat. Le procédé de Doléris que nous venons de décrire a été perfectionné par M. le professeur Tédenat. Nous avons établi plus haut combien est mauvaise, dangereuse même au point de vue obstétrical, toute fixation du corps et surtout du fond de l'utérus. La ligamentopexie telle que la pratique avec succès M. Tédenat permet à l'utérus de se développer pendant la gestation et permet aussi d'obtenir une fixation plus solide. En effet, nous avons indiqué les lésions congénitales ou acquises dont l'appareil ligamenteux est souvent atteint : inflammation, dégénérescence ; d'où atrophie parfois et faiblesse souvent des ligaments ronds : voilà pourquoi malgré leur raccourcissement on a pu observer une rechute de l'utérus en arrière. Pour assurer une fixation définitive à la matrice tout en lui permettant de se développer au cours de la grossesse, M. le professeur Tédenat saisit les ligaments ronds par des fils en crin de Florence (nous lui avons vu aussi employer de forts catguts) ; ces fils passent en arrière des ligaments et traversent la séreuse péri-utérine au niveau de l'isthme ; de même que dans le procédé de Doléris les ligaments sont inclus dans la plaie abdominale. M. Tédenat a eu aussi cousu les ligaments ronds, lorsqu'ils sont très longs, l'un à l'autre à la face postérieure de l'utérus et enclavé leur portion antérieure dans la plaie abdominale ; on constitue ainsi une véritable sangle qui embrassant l'utérus le soutient puissamment et d'une façon définitive.

Depuis ces dernières années, la voie intra-abdominale pour le raccourcissement et la fixation des ligaments ronds, a beaucoup gagné de terrain ; les résultats cliniques sont encourageants. L'ouverture du péritoine n'arrête plus aujourd'hui les chirurgiens. Une asepsie rigoureuse, une antisepsie sûre, une combinaison judicieuse des deux, permettent et facilitent la laparotomie. C'est elle que nous préconisons et que nous estimons préférable aux opérations extra-périto-

néales. La laparotomie ayant de plus l'avantage d'être toujours à un certain degré exploratrice, nous fait rendre compte de l'étendue des lésions et de leur gravité (pyo-salpinx, salpingite parenchymateuse, ovarite, dégénérescence sclérokystique de l'ovaire) ; en présence de ces lésions, à ciel ouvert, l'esprit de décision du chirurgien dictera la conduite à tenir : incision, excision, ignipuncture, castration partielle ou totale même, unilatérale ou bilatérale. De plus, la laparotomie permet de corriger parfois un diagnostic erroné. Ferry, dans sa thèse, cite 45 ligamentopexies sans récidives, dans le service de Richelot ; au Congrès de Rouen (1904), Doléris apporta une statistique de 84 cas. Franck, cité par Labadie-Lagrave, pratiqua 17 fois le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à des femmes atteintes de rétroversions simples ou compliquées de prolapsus et qui avaient été déjà traitées par les pessaires, le tamponnement, le massage, et cela sans succès. On nous permettra d'ajouter à ces statistiques, celle de M. le professeur Tédenat.

Toutes les malades, dont nous citons l'observation à la fin de ce travail, et qui ont été traitées selon le procédé de M. Tédenat, ont vu, au bout de peu de jours suivant l'opération tous leurs malaises (douleurs, pesanteurs, digestions et règles pénibles), s'atténuer, puis disparaître.

Nous ne saurions trop insister aussi sur les résultats non moins heureux de cette opération dans ses rapports avec la grossesse. La ligamentopexie en laissant l'utérus dans sa position anatomique et dans sa fonction physiologique très voisines de l'état normal permet, rend possible la fécondation, l'évolution normale de la grossesse et l'accouchement. Grâce à la ligamentopexie il n'y a pas à craindre ce développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus entraînant les positions vicieuses du fœtus. Le col n'étant pas tiraillé ne se porte pas en arrière comme dans les vagino-

fixations, et ne fait pas décrire à la filière pelvienne une brusque coudure rendant difficile ou même impossible l'engagement et la descente de la tête fœtale.

D'après la thèse de Servettaz, nous citerons le cas de cette femme inféconde qui, dans le service de M. Guinard, fut opérée sur sa demande afin de pouvoir devenir mère ; elle eut trois enfants et une fausse couche. Une autre, sans enfant, fut opérée chez M. Richelot : quatre mois après, elle était enceinte. M. Doléris signale un cas du même ordre. La ligamentopexie est donc favorable à la grossesse ; c'est là, nous semble-t-il, un titre de recommandation précieux.

Dans la *Gynécologie*, Doléris rapporte 167 cas de grossesses chez des femmes opérées par divers chirurgiens du monde entier, sans autre dystocie que quelques cas d'avortement et une application de forceps.

Aux faits cités ci-dessus nous sommes heureux d'ajouter ceux de la pratique de M. le professeur Tédenat. Sur 74 opérations suivant son procédé habituel, M. Tédenat a vu 68 de ses opérées obtenir un excellent résultat ; 21 d'entre elles ont eu grossesse normale et accouchement simple. Une seule de ses malades, dont les annexes laissaient à désirer, a recommencé à souffrir deux ans après l'opération, probablement par suite de réinfection blennorragique, et M. Tédenat dut se résoudre à pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec salpyngectomie ; la guérison s'est faite dans de bonnes conditions. Nous attirerons aussi l'attention sur nos observations I et II, où le traitement fut suivi d'une grossesse. De tels résultats cliniques sont éloquents ; ils plaident en faveur de la ligamentopexie ; nous pensons que l'unanimité des chirurgiens ne devrait se résoudre à l'hystéropexie que si la femme a dépassé l'âge de la ménopause et perdu l'espoir d'une conception.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Personnelle. Inédite)

Rétroversion adhérente très douloureuse. Sans oblitération des pavillons tubaires. Laparotomie. Libération des adhérences. Fixation intra-pariétale des ligaments ronds. Guérison : deux grossesses ultérieures.

Julie D..., 25 ans, réglée à 13 ans, fièvre typhoïde bénigne. Les règles duraient 3 ou 4 jours, sans malaise. Mariée à 20 ans. Sept mois après, avortement au troisième mois à la suite d'une chute de voiture. La malade eut des pertes sanguines qui durèrent pendant 3 semaines, puis des pertes blanches tenaces. Depuis lors, douleurs lombo-sacrées, mictions fréquentes ; les règles durent 8-10 jours, abondantes ; pertes blanches abondantes.

Le 3 mai 1905, M. Tédenat note l'utérus en rétroversion forte (9 heures), col tuméfié ; la pression, même légère, sur le fond de l'utérus est très douloureuse ; les annexes paraissent peu affectés et sans masse inflammatoire appréciable. La malade a peu d'appétit, est très constipée. Urines claires, sans albumine, rendues environ toutes les heures. Comme depuis 3 ans, la malade fait d'abondantes injections vaginales

chaudes, qu'on a fait un grand nombre de pansements vaginaux et presque sans bénéfice, M. Tédenat conseille une laparotomie.

10 mai. — Laparotomie médiane. Adhérences assez épaisses entre la face postérieure de l'utérus et le rectum. Elles se décollent sans grandes difficultés ; presque pas d'adhérences autour des annexes. Les deux pavillons tubaires sont libres, les ovaires sont normaux. Fixation des ligaments ronds suivant la technique habituelle de M. Tédenat.

Suites opératoires simples, apyrétiques, sauf une rétention d'urine qui impose le cathétérisme évacuateur matin et soir pendant trois jours.

La malade quitte la Clinique le 9 juin 1905 : l'utérus est en bonne position, aucune souffrance.

Grossesse normale et accouchement facile en juillet 1907. Second accouchement en novembre 1909.

Observation II

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétroversion, légère annexite gauche. Massage. Réduction de la rétroversion maintenue par un pessaire de Hodge. Grossesse. Hystéropexie ligamentaire. Guérison.

Mme Anna C..., 30 ans, de Tressan. Père, mère et une sœur bien portants. Très maigre, de santé délicate, dyspepsie habituelle. Constipation. Sujette aux rhumes. Réglée à 15 ans, pendant 4 ou 5 jours avec quelques irrégularités, pertes blanches abondantes. Mariée à 18 ans. Premier accouchement à 20 ans, l'enfant mourut de méningite à 4 mois.

Deuxième accouchement à 22 ans, l'enfant vécut 10 jours. A la suite de ce deuxième accouchement, Mme C... eut des pertes blanches abondantes, les pertes rouges revenaient tous les 15 ou 20 jours, duraient une semaine, abondantes avec caillots. Douleurs lombo-sacrées et hypogastriques empêchant la marche, obligeant le décubitus presque permanent. Dyspepsie, constipation. Cet état durait depuis quatre ans, quand Mme C... entra à la clinique de M. Tédenat, le 10 mai 1905. Très pâle, sans appétit, souffrant beaucoup dans le bas-ventre et la région sacrée, incapable de marcher. Utérus en rétroversion complète avec légère flexion postérieure. Col gros, grenu, avec éversion de la muqueuse. Pertes blanches abondantes. Des injections chaudes, des pansements intra-utérins, irrigations, cautérisations avec la solution formolée à 1/5, des massages. Après un mois et demi, la malade quitta la clinique. L'utérus avait été remis en position normale, était bien maintenu par un pessaire de Hodge, les pertes blanches étaient supprimées, les règles devinrent normales ; l'appétit était bon, la constipation moins tenace, la malade ne souffrant plus pouvait marcher.

Au mois d'octobre 1905, grossesse. Elle évolua normalement. Le pessaire fut gardé jusques à la fin du 8e mois. Accouchement normal d'une fillette bien constituée qui se porte bien. Suites de couches normales, mais deux mois après la rétroversion s'est reproduite, les douleurs sont revenues et aussi les ménorragies (Mme C... n'a pas allaité). Enfin Mme C... revient à la clinique le 29 octobre 1907. Elle a des pertes blanches modérées, des menstrues qui durent une dizaine de jours, souvent avec caillots ; la marche est impossible. Des injections, des pansements sont faits et le 26 novembre 1907 la laparotomie est pratiquée ; fixation par les ligaments ronds. Suites opératoires sans accidents, sauf la nécessité de cathétérisme pour rétention d'urine pendant

les premiers jours. Réunion per primam. La malade quitte la clinique le 30 décembre 1907 : l'utérus est en parfaite position ; les douleurs sont supprimées, il n'y a plus de pertes blanches.

M. Tédenat a revu Mme C... a plusieurs reprises. Son état local et général était bon en mars 1910, c'est-à-dire deux ans et demi après l'opération.

Observation III

(Inédite. Recueillie par M. Ivanof, interne de la Maison de santé de M. Tédenat)

Rétroversion. Ligamentopexie. Guérison

Mme C... (Augustine), 23 ans, de St-Cernin (Aveyron). Entrée le 12 janvier 1910, opérée le 17 février, sortie le 21 février 1910.

Petite femme, tempérament nerveux ; réglée à 13 ans, règles douloureuses, sans pertes blanches. Orpheline de père et mère, un frère bien portant. Fièvre typhoïde à 16 ans. Mariée à 21 ans, pas de grossesse.

Six mois après son mariage commence à souffrir du bas-ventre, les douleurs vont en augmentant et se propagent du côté des reins, la partie interne des cuisses, les aines. Pertes blanches, picotements en urinant. Fortes migraines, manque d'appétit, constipation opiniâtre, amaigrissement.

Vient consulter M. Tédenat en novembre 1909, qui lui prescrit un traitement et conseille d'attendre le mois de mars pour voir l'effet produit. Seulement, Mme C..., excessivement nerveuse, perd vite patience, prétend que le traitement

ne la soulage pas et vient se faire opérer en janvier. En entrant (le 12 janvier 1910, à la Maison de santé la malade accuse les douleurs et présente les symptômes cités plus haut.

Le 14 janvier. — Analyse d'urine : normale.

Le 17. — Badigeonnage du champ opératoire à la teinture d'iode. Anesthésie à l'éther goutte à goutte. M. Tédenat pratique l'hystéropexie ligamenteuse. Les annexes paraissent en bon état.

Suites. — Pas de nausées ni vomissements ; pas de température, bon pouls. Sondée pendant six jours.

Le 28. — Premier pansement : bonne réunion.

Le 4 février. — Deuxième pansement ; la malade vient d'avoir ses règles, sans douleurs.

Le 15. — Troisième pansement ; avec une sangle de Glénard la malade est autorisée à se lever.

Le 21. — Mme C... part, complètement rétablie, en parfaite santé, ayant augmenté de deux kilos pendant son séjour à la Maison de Santé.

Deux mois après elle nous écrivait qu'elle se portait très bien et qu'elle faisait des excursions de plusieurs kilomètres par jour.

Observation IV

(Inédite. Recueillie par M. Ivanof)

Rétroversion. Ligamentopexie. Guérison. Grossesse.

Mme P... Thérèse, 28 ans, de Perpignan (P.-O.). Entrée le 10 décembre, opérée le 28 décembre 1907, sortie le 2 février 1908.

Il y a 8 ans, après un accouchement laborieux à terme, commence à sentir des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, côté gauche surtout, partie interne des cuisses, maux de tête prédominant à la tempe gauche, bourdonnements d'oreille, quelquefois des vertiges ; constipation.

Réglée à 13 ans sans douleur ni leucorrhée. Après son accouchement, pendant les mois où elle a nourri son enfant n'a pas eu ses règles.

Depuis 5 ans, pertes assez abondantes, caillots, pertes blanches pendant 10 à 15 jours par mois. Souffre beaucoup plus qu'avant dans les reins et le bas-ventre où elle éprouve de la pesanteur, très constipée ; se fatigue facilement à la marche.

Au mois de juillet 1907 : violents maux de tête, vomissements, très affaiblie ; pendant 3 mois les règles ont manqué. Au moment de la menstruation : pertes blanches abondantes de mauvaise odeur. Urine souvent par petite quantité, vessie douloureuse, picotements.

Au bout de 3 mois (en octobre) une forte hémorragie se déclare pendant 4 jours et les 15 suivants perte continuelle de caillots noirs (l'hémorragie fut arrêtée par l'ergotine).

Etat actuel. — Femme de forte constitution ; état général bon. Maux de tête le matin, manque d'appétit, constipation opiniâtre, douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Examen direct. — Utérus un peu gros, rétroversion, peu de lésions annexielles, peu ou point d'adhérences.

Avant l'opération. — 2 injections et un lavement chaud par jour, Priessnitz la nuit ; gouttes amères de Baumé et bonne alimentation. M. Tédenat lui fait une cautérisation au formol (30%) et quelques pansements utérins à la glycérine boriquée.

Le 28 décembre 1907. — Sous anesthésie générale

(mélange éther et chloroforme), M. Tédenat pratique l'hystéropexie ligamentaire.

Suites. — Le premier jour quelques nausées ; sondée les 3 premiers jours.

Le 8 janvier 1908. — Premier pansement ; réunion per primam.

Le 13. — Deuxième pansement ; la malade se plaint de maux de reins : c'est l'époque de ses règles ; elle les a sans douleurs.

Le 21. — Troisième pansement : cicatrice parfaite ; avec une sangle Glénard la malade est autorisée à se lever.

Le 2 février Mme P... quitte la Maison complètement guérie ; aucune douleur, ni fatigue.

L'année suivante, en février, accouchement normal et bonnes suites de couches.

Observation V

(Inédite. Recueillie par M. Ivanof, interne de la Maison de Santé de M. Tédenat)

Rétroversion

Mme B... Marthe, 24 ans, de Salon (Bouches-du-Rhône). Entrée le 23 décembre 1907, opérée le 4 janvier 1908, sortie le 8 mars 1908.

Pendant six mois, apres un accouchement normal à terme), qui remonte à quatre ans, fut très fatiguée. Des crevasses du mamelon l'ont obligée à cesser l'allaitement. A eu aussi de la dyspepsie, des troubles neurasthéniques. Avait beaucoup maigri, a eu de fortes migraines, des vertiges ; ne prenait que de l'eau de riz et un peu de lait. Sentait des douleurs

dans le ventre, tiraillements dans les reins, se fatiguait facilement; constipation.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux, constitution plutôt maigre. Coqueluche à 15 ans. Réglée à 15 ans; règles jamais à temps, durent quatre ou cinq jours, très douloureuses et souvent des pertes blanches. Mariée à 20 ans, une grossesse. Très constipée ; chaque été : la diarrhée.

Depuis le mois de septembre dernier, Mme B... souffre beaucoup dans le bas-ventre, la région des aines et les reins, a des pertes blanc-jaunâtre continuelles ; au moment de la menstruation, les douleurs augmentent. Urine souvent par petite quantité, vessie douloureuse. Pas d'appétit, mauvaise digestion, constipation opiniâtre. Devenue excessivement nerveuse. Se fatigue à la marche ; à la station debout, la malade est obligée de se pencher un peu en avant en marchant.

La malade rentre le 23 décembre 1907 à la Maison de Santé et présente tous les symptômes cités ci-dessus.

L'exploration faite par le palper abdominal et le toucher vaginal nous donne : un col presque immobile, déchiré, utérus petit en rétroversion. Le toucher relève une grande sensibilité dans les culs de sac, surtout dans le cul de sac postérieur et le postéro-latéral gauche presque effacé. Les mouvements imprimés à l'utérus provoquent de la douleur dans tout le bas-ventre.

Les quinze jours avant l'opération, injections vaginales, lavements et bains de siège très chauds. Pansements utérins à la glycérine boriquée. Prend des gouttes amères de Baumé.

Le 25 décembre 1907 et le 2 janvier 1908. — Analyse de l'urine, normale.

Le 4. — Sous anesthésie (chloroforme et éther) M. Tédenat pratique l'hystéropexie. Adhérences péritonéales anciennes. Les annexes paraissent en assez bon état.

Suites opératoires. — Soudée les premiers 4-5 jours. En remuant beaucoup trop les premiers jours elle fit sauter un point de suture qui demanda quelques pansements de plus.

Le 21 février. — Avec une sangle Glénard, la malade est autorisée à se lever.

Mme B... est partie le 8 mars 1908 complètement rétablie et ayant augmenté de 3 kilos pendant son séjour à la villa.

Depuis, à plusieurs reprises, nous avons eu des nouvelles de Mme B..., nous disant qu'elle se porte très bien et « trotte comme un lapin ».

Observation VI

(Inédite. Personnelle. Service de M. le professeur Tédenat, salle Paulet)

B... Léonie, 39 ans, demeurant à la Grange (Aveyron), entre le 29 avril 1910 à l'Hôpital Suburbain (Salle Paulet) pour maux de ventre.

Antécédents héréditaires et personnels, rien à remarquer. Réglée à 16 ans. Quatre enfants, pas de fausses couches ; suites pénibles, fortes hémorragies à ce moment. Début il y a 10 ans. Douleurs dans le bas-ventre par intermittences, s'irradiant dans les reins et les cuisses. Ces douleurs ne sont pas calmées par la position couchée. Pertes blanches abondantes, ne tachent pas le linge, fétides. Pertes rouges assez régulières ; avancent parfois de cinq jours, durent quatre à cinq jours, très abondantes, anémient fortement la malade.

Bon appétit, digère bien, ne vomit pas, constipée d'habitude. A beaucoup maigri. Sourde par otite scléreuse. Artères

petites, dures. Mais ce qui attire l'attention chez cette femme, c'est la présence d'énormes varices. D'après la malade elles dateraient de son dernier accouchement. Ces varices serpentines à larges phlébectasie et phlébolithes dures occupent les deux membres inférieurs. Insuffisance valvulaire veineuse. Rien au cœur.

Vulve et vagin en bon état. Le col peu altéré regarde dans l'axe du vagin. Dans le cul de sac postérieur on sent le fond de l'utérus en forte rétroversion et de chaque côté les annexes prolabés, adhérents, pas très augmentés de volume, avec les trompes flexueuses, dures, en tuyau de pipe, plus à gauche qu'à droite. Les adhérences sont assez étendues et on est surpris que la malade ne souffre pas davantage, soit dans la région abdominale, lombaire ou crurale.

Le 9 mai l'utérus est mobilisé, mis en bonne position et maintenu par un pessaire de Hodge qui ne peut être supporté les jours suivants.

Le 19, opération. Après laparotomie médiane, on va chercher l'utérus et on le fixe au moyen d'un surjet au catgut à la paroi abdominale.

Le 26, premier pansement. Deux autres pansements à dix jours d'intervalle. La plaie abdominale est complètement guérie, mais la malade est obligée de rester couchée à cause d'une phlébite qui s'est déclarée le 15 juin. Cette complication qui est absolument étrangère à l'opération ne nous surprend pas chez une femme dont l'appareil circulatoire, surtout veineux est si insuffisant.

Observation VII

(Inédite. Due à l'obligeance de notre ami Baumel, Interne des Hôpitaux.)

A... Marie, 47 ans, de Cette (rue Victor-Hugo, 18) entre le 24 mai 1910, pour maux de ventre.

Ant. héréditaires, rien. *Ant. personnels* : pneumonie il y a quatre ans. Réglée à 14 ans. Mariée à 25 ans. A eu 3 grossesses dont 1 mort-né, l'autre mort à 18 ans. A fait une fausse couche il y a huit mois. N'a pas eu ses règles en février et mars ; à peine réglée en avril. Debut il y a trois mois par des douleurs abdominales vives, intermittentes, s'irradiant à la région lombaire et crurale, ces douleurs sont allées en augmentant. Actuellement elles ont diminué. Constipation opiniâtre. Ne va à la selle que par lavements. Douleurs vives au moment de la défécation. Vomit parfois.

Actuellement pas d'appétit, digestions difficiles. Dit avoir maigri depuis ces quelques derniers mois.

Tousse un peu. Légères palpitations de cœur. Jambes enflées. Souffre en urinant. Crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreille. Amblyopie légère.

Col gros, rouge, dans l'axe. Utérus légèrement rétroversé, très mobile. Après une série de pansements intra-utérins (iode, glycérine ichthyolée, tampons) la malade se sent soulagée. Le 18 juin la malade désire sortir de l'Hôpital où elle vient se faire panser deux fois par semaine.

Observation VIII

(Inédite. Due à l'obligeance de notre ami Baumel, Interne des Hôpitaux.)

P... Elise, 35 ans, demeurant à Cournonterral, entre le 17 Mars 1910 dans le service de M. le professeur Tédenat à l'Hôpital Suburbain (Salle Paulet, n° 16) pour ulcérations de l'utérus.

Parents en bonne santé. Réglée à 13 ans. Règles douloureuses mais régulières, pas très abondantes, durent trois jours, avancent chaque mois de quelques jours. A eu 3 enfants dont 1 mort de la rougeole. Début il y a deux mois par des pertes blanches abondantes, quotidiennes, glaireuses, tâchant le linge, fétides, survenant un an après le dernier accouchement. Douleurs au niveau de la fosse iliaque quand la malade est debout ; cessent par la position horizontale, s'irradient dans les cuisses. Depuis 3 mois perd beaucoup en rouge entre ses règles. Nausées, pas d'appétit, constipation opiniâtre. Météorisme. Céphalée. Urines normales. Dypsnée d'effort. Sommet droit douteux. (A été soignée il y a 20 ans par M. Tédenat pour une coxalgie). L'examen gynécologique montre l'existence d'une déchirure du col siégeant à gauche et une rétroversion complète de l'utérus.

1er Pansement intra-utérin le 6 Avril.

2e Pansement le 8 Avril. Injections chaudes tous les jours. Les pansements sont continués tout le mois d'Avril.

Observation IX

Recueillie par M. Levy, interne des Hôpitaux. Service de M. le professeur Tarnier.

Marie M..., née C..., 31 ans, ménagère, entrée le 18 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien qui mérite d'être retenu.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, souvent des retards prolongés des règles. Souvent des fleurs blanches. Mariée à 18 ans et demi. Deux ans après accouchement normal, à terme ; un an et demi après fausse couche de trois mois. A eu deux hémorragies à quelques jours d'intervalle suivies de pertes blanches abondantes. Par moment douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, de la pesanteur d'estomac, de la constipation opiniâtre. Elle accuse en même temps avoir eu de la lourdeur de tête et des vertiges. Son appétit est resté moyen.

Il y a 9 ans, a eu un accouchement à terme, normal, suivant une grossesse rendue difficile par des vomissements incoercibles ; depuis, les troubles dyspeptiques ont augmenté. Crise de diarrhée alternant avec constipation. Gargouillements abondants. Pendant tout ce temps pertes blanches. Règles normales peu abondantes. Depuis un an la douleur dans le bas-ventre a augmenté considérablement, s'irradiant vers les reins par moments, surtout depuis deux mois, à la suite des règles.

Maladie actuelle. — Règles en avance. Pertes blanches continues. La douleur est persistante du côté gauche d'une façon continuelle. Digestions difficiles, douloureuses, constipation. Insomnie habituelle, névralgies, céphalées, vertiges. Tempérament nerveux, mais pas de crises. A souvent froid aux pieds.

A l'examen on trouve un périnée moyen. Au toucher, col abaissé, rapporté à la vulve, ouverture regardant l'axe du vagin. Au niveau du cul de sac postérieur on sent une tumeur, c'est le fond de l'utérus. Cul de sac gauche douloureux.

Annexes gauches augmentées de volume et fixées. A droite, annexes plus petites. Col gros, mou, entr'ouvert, déchiré. Amaigrissement notable. Pouls à 86. Artères moyennes dures en hypertension.

Diagnostic. — Rétroversion mobile, métrite et annexite gauche.

Traitement. — Injections. Priessnitz. Lavements. Régime lacto-végétarien. Le 31 mai 1907, M. le professeur Tédenat opère par son procédé habituel : l'ovaire gauche sclérokystique est incisé ; l'utérus est vu gros, congestionné, portant superficiellement des plaques jaunâtres.

Suites opératoires. — Le 1er juin, nuit agitée, coliques.

Le 2. — Constipation. Quelques vomissements.

Le 3. — Lavement térébenthiné provoquant une selle. Soulagement notable. Règles arrivent en avance.

Le 4. — Etat général bon.

Le 8. — Pertes ont cessé.

Le 11. — On enlève les fils. Bonne cicatrisation, tous les fils bien pris.

Le 17 juin. — Sortie guérie.

Observation X

(Recueillie par M. Lévy)

N... Rosa, 24 ans, mariée. Entrée à la villa Fournier le 13 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à remarquer.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans. Mariée depuis 5 ans. Depuis 4 ans a des pertes blanches abondantes avec douleurs dans le ventre s'irradiant dans les reins et les cuisses. Accouchement, il y a deux ans, à terme et normal. Ressent depuis 7 mois des douleurs très vives au bas ventre, accompagnées de pertes rouges abondantes, ayant duré deux mois et demi.

Etat actuel. — Pertes blanches continuelles. Amaigrissement, anémie. Appétit conservé. Pas de constipation habituelle.

Examen : palpation douloureuse sur les côtés, plus à droite qu'à gauche. Toucher : musculature périnéale médiocre. Le col regarde la partie moyenne de la symphyse pubienne. Le fond de l'utérus est en face de la dernière coccygienne. Enorme rétroversion. La moindre pression sur le fond de l'utérus est douloureuse. On sent les annexes droites sur le côté du col, tuméfiées mais facilement perfectibles, car il n'y a que peu de gangue inflammatoire autour d'elles. A gauche, tuméfaction légère des annexes qui sont peu douloureuses. Lésion cervicale légère ; un peu de ptose générale. On sent la moitié inférieure du rein droit.

Artères petites. Bruits du cœur un peu retentisssants.

Analyse d'urines : 15 grammes d'urée par litre ; traces d'albumine.

Diagnostic. — Rétroversion, métrite, annexite.

Traitement. — 18 février, opération par le procédé habituel : on voit que les annexes droites sont atteintes : l'ovaire droit porte un kyste de la grosseur d'une noix. L'utérus est en rétroversion marquée ; peu d'adhérences. On capitonne le kyste de l'ovaire et on fixe l'utérus.

Suites opératoires. — 22 février, on examine la plaie. Cicatrisation en bonne voie.

28 février, on enlève les fils.

3 mars, un peu de fièvre.

6 mars, état général bon ; pouls 86.

9 mars, plaie cicatrisée. Alimentation solide commence.

12 mars, la malade se lève.

20 mars, sortie guérie.

Observation XI

(Recueillie par M. Lévy. Service de M. le professeur Tédenat.)

Clotilde F..., née B..., 26 ans, culottière. Entrée le 20 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans. Il y a six ans, un mois après son mariage, pertes blanches assez abondantes avec en même temps douleurs dans le ventre, pas de cuisson à la vulve au moment de la miction. Dix-huit mois après, avortement. Deux ans après l'avortement

bonne grossesse, accouchement facile et bonnes suites de couches. Mais les pertes continuent.

Etat actuel. — Pertes blanches constantes, augmentant par le coït. Après le coït, douleurs vives dans le ventre, surtout localisées à droite. Souvent douleurs aux ovaires. Règles habituellement en retard de deux jours, assez abondantes avec quelques caillots et durant cinq jours. Appétit moyen. Bonnes digestions. Urines fréquentes, impérieuses au moment des règles. Un peu de vertige. Artères dures. Pouls 90.

Examen : Col gros, rouge, regarde dans l'axe.

Utérus mobile rétroversé. Culs de sac sensibles. A droite, annexes augmentées de volume.

Diagnostic. — Rétroversion. Métrite. Annexite.

Traitement. — Le 26 mai, réduction bimanuelle de l'utérus. Priessnitz. Badigeonnage du col à la glycérine iodée. Le 1er juin, pansement intra-utérin : mèche de gaze iodoformée. Le 3 juin, on enlève la mèche. Injections que l'on continue jusqu'au 16 juin, date où la malade sort guérie.

Remarque : Il est à noter, que grâce au traitement, l'intervention chirurgicale a pu être évitée.

Observation XII

(Recueillie par M. Lévy, interne des Hôpitaux. Service de M. le professeur Tédenat)

Marie R..., née G..., 31 ans. Entrée à la villa Fournier le 28 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer à l'estomac. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans. Règles

régulières durant cinq jours. Angine dans le jeune âge. Pleurésie à quatre ans. Mariée à 19 ans. Il y a 11 ans, deux mois après un accouchement, a ressenti des douleurs dans le dans le ventre et dans les reins. En même temps quelques pertes blanches. Les douleurs sont irrégulières, augmentent par la fatigue, parfois disparaissent longtemps. Il y a 9 ans, un avortement au cinquième mois avec hémorragie très violente. Délivrance artificielle tardive (24 heures après) ; à la suite de cet avortement, pertes rouges pendant un mois, puis pertes blanches, quelques douleurs dans les reins. Un an et demi plus tard, accouchement à terme : grossesse assez bonne sauf vomissements. Vingt huit jours après, pertes blanches abondantes et péritonite, grand frisson, ventre ballonné, très douloureux, durant un mois.

Etat actuel. — Depuis, douleurs abdominales très vives, surtout après fatigue et fréquents vomissements. Appétit disparaît au moment des règles. Digestion faible. Constipée. Mictions fréquentes : 4 ou 5 fois par nuit, urines rares et troubles. Pas de crampes dans les mollets, mais fourmillements des doigts. Sifflements dans les oreilles. Brouillard devant les yeux. Très nerveuse, mais n'ayant jamais de crise.

Examen : ventre normal, ni flasque, ni ptosique.

Toucher : Périnée moyen, vagin normal, col regarde en avant. Rétroversion très marquée dans culs de sac latéraux Annexite légère et quelques adhérences.

Diagnostic. — Rétroversion avec annexite légère.

Traitement. — Le 7 juin, opération d'après le procédé habituel : on voit l'utérus basculé dans le Douglas, gros, lisse, mais garni de points jaunâtres. Les annexes du côté droit, basculés en arrière, sont ramenés fragilement en avant. Trompes congestionnées, mais saines. L'ovaire droit porte un petit kyste qui est incisé et suturé.

Suites opératoires, 9 juin, pertes rouges avec ascension thermique.

Etat général bon. Lavement.

17 juin : Etat général et local parfaits.

30 juin : sortie guérie.

Observation XIII

(Recueillie par M. Lévy. Service de M. le professeur Tédenat)

T.-P... Justine, 34 ans, ménagère, entrée le 12 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à retenir.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Jamais de grandes maladies, mais a eu de l'anémie. Tempérament nerveux, perdant souvent connaissance. Deux accouchements : le premier, il y a 15 ans, le deuxième, il y a 12 ans. Pas d'avortement. Peu après son dernier accouchement, douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans le dos (sensation de poids). Ces douleurs ont continué avec une intensité variable apparaissant après des fatigues. Des règles à peu près normales sont venues peu après l'accouchement, mais sont douloureuses. Il y a 9 ans, douleurs plus accentuées : troubles dyspeptiques, troubles nerveux (idées de persécution, d'abandon, neurasthénie), vomissements. Pas de règles pendant trois mois. Il y a 6 ans pertes rouges abondantes, règles douloureuses.

État actuel. — Depuis, douleurs abdominales, pertes rouges au moment des règles, qui sont moins abondantes. Appétit moyen. Constipation. Artères petites, dures, roulant sous le doigt. Pouls 68.

Examen. — A la palpation, un peu de douleur dans la région sous-pubienne.

Toucher. — Col en avant sous la symphyse, un peu à droite. Dans les culs de sacs latéraux on ne sent pas les annexes Dans le cul de sac postérieur on sent l'utérus. L'utérus est assez mobile pour être ramené par le doigt en position normale avec un peu de douleur.

Diagnostic. — Rétroversion mobile.

Traitement. — Priessnitz. Injections, lavements.

Le 18 mars, opération par le procédé habituel. Utérus et annexes sains.

Suites opératoires. — Le 19 mars, la malade a souffert un peu la nuit. Pas de température. Pouls 84.

Après quelques pansements, on voit, le 5 avril, la plaie cicatrisée. Le 13 avril, l'utérus est constaté par le toucher en bonne position.

Le 17 avril, la malade sort guérie : plus de douleurs dans le ventre, la malade se sent plus légère.

Observation XIV

(Recueillie par M. Rives, interne des hôpitaux. Service de M. le professeur Tédenat)

Marie M..., 25 ans, ménagère. Entrée le 22 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 3 ans ; soignée pour anémie à 18 ans. Réglée à 14 ans, mais mal jusqu'à 16. Ensuite réglée régulièrement, mais abondamment (12 jours), avec caillots. Depuis son mariage, réglée régulière-

ment. Il y a quatre ans et demi, au deuxième mois de sa première grossesse, première hémorragie qui n'a pas abouti à l'avortement, enfant à terme. Douleurs tout le temps de la grossesse, continuant après l'accouchement. Pertes abondantes blanches et rouges. Sept mois plus tard, nouvelle grossesse pénible, enfant à terme. Depuis, douleurs et pertes continuelles. Au mois de novembre 1907, curettage.

Etat actuel. — Douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant vers les flancs, les cuisses, les reins, l'épigastre. A eu ses règles cette semaine. A des pertes blanches. Anorexie. Se tient spontanement au régime lacté. A eu récemment une période de vomissements très intenses. Après les repas, nausées, pesanteurs, congestion céphalique. Un peu constipée. S'enrhume facilement, a même eu des filaments de sang dans les crachats. Epistaxis. Dyspnée d'effort facile. Œdème des jambes. Crampes au mollet. Pieds glacés. Secousses électriques lorsqu'elle s'endort. Crises faciles d'hystérie. Sensation de boule. Perte de connaissance incomplète, progressive, sans cri, avec contractures. Dermographisme. Hémianesthésie facio-thoracique et des membres droits. Zones spasmogènes au-dessus du rein droit. Hyperesthésie superficielle des régions ovariennes.

Toucher : col abaissé et porté en avant, gros et non velouté, ectropion de la muqueuse en léger champignon, masses arrondies et dures dans le Douglas ; toucher difficile pour cause d'hyperesthésie. Mise en observation, la malade continue à se plaindre de douleurs généralisées. Elle vomit à plusieurs reprises un liquide sanguinolent. Céphalée intense.

Diagnostic. — Rétroversion sans annexite chez une hystérique.

Traitement. — La persuasion verbale fait disparaître les principales douleurs ; il ne persiste que la douleur du ventre.

Le 3 mai, lavage vaginal, badigeonnage du col à l'iode : crise hystérique à cette occasion. Priessnitz.

Le 9 mai, règles accompagnées de douleurs dans le ventre et d'une crise d'hystérie.

L'utérus devient beaucoup plus mobilisable. On se décide à une opération conservatrice : cautérisations du col à la potasse.

20 mai : l'escharre est en grande partie détachée ; badigeonnage iodé.

23 mai : le col se cicatrise peu à peu. Badigeonnage à la glycérine iodée.

24 mai : grande crise hystérique.

2 juin : col cicatrisé, rose et uni. Après quelques nouveaux badigeonnages iodés, on décide l'intervention chirurgicale.

7 juin : opération par le procédé habituel. L'utérus est mobile, les annexes en place et normales. L'utérus est gros, élargi, avec points blanc-jaunâtre sur fond rouge. Un peu de liquide citrin dans les culs de sac péritonéaux. Il y a donc eu périmétrite, sans ovarite ni salpingite, qui s'est résolue par le traitement médical et dont l'intensité symptomatique était due à l'état hystérique.

Suites opératoires. — Le lendemain, température 38° ; facies, pouls, langue, abdomen en bon état. Température tombe après la première selle, le 4ᵉ jour. Le 5ᵉ jour, légère réascension de température, coïncidant avec l'arrivée des règles qui arrivent à leur date normale. La malade souffre peu. Le 3 juillet, l'utérus est constaté en position haute, incliné en avant. Depuis l'opération il n'y a pas eu de crise nerveuse. On fait encore quelques badigeonnages iodés et une cautérisation intra-utérine. Le 7 juillet la malade sort guérie.

Observation XV

(Recueillie par M. Rives, interne des Hôpitaux. Service de M. le professeur Tédenat)

Marie M..., 34 ans, ouvrière, entrée le 28 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, mais mal et très peu jusqu'à 22 ans. Mariée à 20 ans, quatre enfants, deux fausses couches (deuxième et quatrième grossesses). A eu des maladies infectieuses variées mais imprécises, dont une a provoqué d'abondantes suppurations à 9 ans. A 11 ans, choléra. Il y a 11 ans 1/2, fausse couche suivie de pertes blanches avec douleurs et pour lesquelles on a fait un curettage. Depuis, son état n'a fait que s'aggraver.

État actuel. — A part les douleurs et les pertes blanches, présente des aigreurs d'estomac avec crampes douloureuses. Pas de constipation, ne tousse pas, urines normales, appétit bon.

Palper. — Ventre souple, peu vergeturé.

Toucher. — Utérus basculé en arrière dans l'axe du vagin, col regarde à gauche, est ferme et élastique (mobilité interne restreinte).

La trompe droite, sur le flanc droit du corps, du volume d'une plume d'oie, est très douloureuse à la pression. Il en est de même de la trompe gauche.

Diagnostic (30 mai). — Rétroversion mobile avec métrite scléreuse et infiltration adhésive des annexes,

Traitement, — Des crises douloureuses très intenses six

heures après les repas, sans vomissements, se répétant tous les jours, résistant au bicarbonate de soude et aux sinapismes épigastriques, retardent l'intervention chirurgicale. L'éther calme les crises. On fait des pansements du col à la glycérine iodée.

Le 14 juin, opération par le procédé habituel. L'utérus est vu gros, large, bien mobile, basculé en arrière, sans lésions inflammatoires. Les annexes droites sont saines mais enflammées; les annexes gauches portent un micro-kyste qui est incisé.

Suites opératoires. — Le lendemain et le surlendemain, ménorragie légère avec 34°5. Ensuite, tout se passe normalement et la malade sort guérie fin juillet.

Observation XVI

(Recueillie par M. Rives, interne des Hôpitaux. Service de M. le professeur Tédenat)

Rosalie R..., 35 ans, mariée. Entrée le 5 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, a eu 5 accouchements, tous à terme. Le dernier enfant a 7 mois actuellement. Ces suites de couches ont toujours été laborieuses durant 5 ou 6 mois, avec pertes blanches et douleurs dans le ventre. Vers le 15 décembre 1906, à la suite de douleurs et de faiblesse dans les membres droits, a ressenti de la douleur lombaire latérale très vive. Ces douleurs empêchaient tout travail, mais ne l'ont obligée à s'aliter que le 10 janvier.

En même temps : oligurie, quelquefois dysurie, constipation opiniâtre.

État actuel. — Anorexie, digestions pénibles, constipation habituelle, langue blanche fendillée ; céphalée frontale. Douleurs rénales bilatérales, aggravées à droite par la pression. Mictions difficiles. Oligurie avec souvent pollakiurie. Ni sucre, ni albumine.

Au point de vue de l'*état general* : maigre, tissus mous, ventre ptosique. Température 36°6 le soir. Pouls 80, net, bien frappé, sans hypertension.

Palper. — Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Résistance au voisinage de l'épigastre et de l'hypocondre gauche et droit, avec douleurs dans la région stomacale. Bas-ventre souple : on peut plonger vers le petit bassin. Appendice perceptible, induré, douloureux.

Toucher. — Col haut, déchiqueté par nombreux accouchements, fond utérin haut, peu mobilisable. Col dans l'axe du vagin. Quelques adhérences à gauche.

Diagnostic. — Comme cette femme n'est jamais restée au lit plus de 7 jours après ses accouchements, il est logique d'admettre un peu d'inflammation périmétrique avec rétroversion.

Traitement. — Lavages, purge, Priessnitz et injection quotidienne pendant les mois de février, mars et avril, avec repos au lit.

Au 24 avril, l'utérus a considérablement diminué de volume, quoique encore plus gros que normalement. Il est devenu très facilement mobilisable. On peut masser la face postérieure sur toute la hauteur. Douleurs dans les reins après ces explorations.

Le 27 avril, elle est opérée par le procédé habituel.

L'utérus est un peu large, congestionné, tombé dans le Douglas. Annexes gauches sont entourées d'adhérences

molles. Trompe rouge, pavillon net et souple. Un kyste hématique sur l'ovaire gauche qui est excisé est suturé. L'ovaire friable se coupe sous le fil. On résèque l'appendice, non augmenté de volume mais congestionné et porteur d'adhérences à la pointe.

Suites opératoires. — Douleurs pendant les 21 jours post-opératoires. Langue humide, non blanche, apyrexie.

Le 7 mai. — La suture de la plaie est parfaite. La malade ne souffre plus, se sent allégée. Bon appétit. Excellent facies.

Le 25 mai. — La malade sort guérie.

Observation XVII

(Recueillie par M. Rives, interne des hôpitaux. Service de M. le professeur Tédenat.)

Marie B..., 33 ans, entrée le 25 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à retenir.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Il y a trois ans, on lui a diagnostiqué une métrite aiguë. On l'a mise en observation pendant une vingtaine de jours, et on lui a fait quelques pansements utérins ; malgré cela, elle a eu de nouveau des pertes blanches. Les douleurs persistantes ont forcé la malade à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Elle accuse « une pesanteur au fond du ventre ». Les douleurs sont fortes au moment des règles. Les pertes blanches continuent. Les périodes d'anorexie correspondent aux périodes douloureuses. Pas de constipation. Pendant la marche les douleurs redoublent, elles partent d'en bas et s'irradient dans la région lombaire.

Le toucher et le palper montrent un utérus basculé en arrière, mobilisable, les annexes droites sont douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Rétroversion mobile.

Traitement. — Opération par le procédé habituel.

Suites opératoires. — Bonnes, presque complètement apyrétiques. La malade ne tarde pas à accuser du bien-être après quelques pansements et quitte l'hôpital guérie.

Observation XVIII

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur De Rouville).

Salpingo-ovarite gauche. Rétroflexion Annexectomie gauche. Hystéropexie isthmique. Guérison

C. N,.., 30 ans, demeurant à Gignac, entre le 17 avril 1907, salle A. Paré, n° 2, pour douleurs dans le bas-ventre. La malade a été réglée à 14 ans, régulièrement.

Trois à quatre jours, sans douleurs, sans caillots, ni pertes blanches. Mariée à 20 ans, elle a eu 5 enfants. Pas de fausses couches. Ses accouchements ont été normaux, tous à terme. Les règles ont réapparu trois mois après le dernier allaitement, sont avancées, plus abondantes durant 5-6 jours. La malade est obligée pendant cette durée de garder le lit. Elle souffre de la tête et accuse des pertes blanches plus abondantes. Depuis 5 ans, après son dernier accouchement, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers le creux épigastrique, parfois vers la fosse iliaque gauche.

D'abord passagères, ces douleurs sont maintenant de longue durée, surtout au moment des périodes menstruelles. Elles sont accompagnées de dyspnée d'effort, de céphalée, de vertige. Il y a une semaine perte de connaissance au moment d'une crise. La malade fort amaigrie est très émotive et très nerveuse.

A l'examen, on trouve un ventre souple, douloureux à la pression au niveau de l'hypogastre et surtout de la fosse iliaque gauche.

Au toucher, on atteint le col à 3 centimètres de la vulve, on perçoit une déchirure à droite et à gauche.

L'utérus est en rétroflexion. Le cul de sac droit est douloureux, pas de tumeur appréciable.

Le cul de sac latéral gauche est plus douloureux, il est le siège d'une tuméfaction dont il est difficile d'apprécier les limites.

Opération. — Le 16 mai 1907, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes droites paraissent normales, l'ovaire de volume ordinaire est scléro-kystique ; à gauche on trouve de gros kystes de l'ovaire dont un se rompt pendant l'ablation de ce côté. On pratique donc l'annexectomie gauche et l'hystérectomie isthmique à l'aide de 3 fils de catgut comprenant les droits et leur aponévrose.

Suites d'opérations bonnes. — Le 30 mai la malade est guérie. Depuis sa sortie elle n'a plus ressenti aucun de ses symptômes douloureux qu'elle avait signalés avant l'opération. Ses règles sont normales, non douloureuses.

Elle vient elle-même, au début de 1908, trouver M. le professeur De Rouville. Les fonctions génitales sont parfaites, ainsi que son état général.

Observation XIX

(Recueillie par M Jean Py, externe des Hôpitaux, dans le service de gynécologie de M. le professeur de Rouville.)

Rétroversion et salpingo-ovarite gauche. Hystéropexie abdominale. Ablation des annexes gauches. Guérison.

Mme E. P., 28 ans, entre au service de M. le professeur de Rouville, le 11 juin 1907, pour douleurs lombo-pelviennes. Réglée à 14 ans : dysmennorrhée ovarienne, règles très abondantes avec de nombreux caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 23 ans. Un mois après grossesse terminée à terme par un accouchement rapide et normal dans ses suites. Un mois après les règles réapparaissent encore plus abondantes qu'avant.

A l'âge de 25 ans (1904) douleurs et pertes blanches abondantes d'une durée de vingt jours, suivies de métrorragies de durée égale. Trois curettages successifs sont pratiqués, à une semaine d'intervalle. Les douleurs disparaissent, mais les menstrues demeurent anormalement abondantes et d'une durée de huit à dix jours. En mai 1907, un mois avant son entrée au service, les douleurs réapparaissent très violentes ainsi que les métrorragies. La malade est obligée de garder le lit. A l'examen, on trouve un utérus gros, lourd, très mobile, en rétroversion accentuée, mais facilement réductible. L'hystéromètre, donne 8 centimètres. Les annexes ne sont pas perceptibles à travers les culs de sac.

Du 12 au 22 juin pansements utérins après dilatation à la

laminaire et aux bougies d'Hégar. Pas de résultats appréciables.

Le 24 juin on fait une laparotomie. L'utérus est gros, mais de consistance normale, en rétroversion très prononcée. Les annexes droites paraissent complètement saines. Par contre, l'ovaire gauche est sclérokystique et la trompe correspondante très rouge, congestionnée, en chapelet. Ablation des annexes gauches. Hystéropexie antérieure. Suture de la paroi à trois plans sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique des pièces enlevées, confirme les lésions appréciées de visu et énoncées plus haut.

Le 17 juillet 1907, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, la malade sort guérie.

Le 25 du même mois, elle déclare ne plus ressentir aucune douleur.

Le 10 janvier 1908, à la suite de douleurs lombaires et de métrorragies légères éprouvées par la malade, un nouvel examen est pratiqué. L'utérus est mobile et en légère antéversion. Les annexes droites, qui paraissent saines au moment de l'opération, semblent alors donner l'impression d'une salpingo-ovarite kystique. On conseille à la malade de rentrer dans le service, mais elle préfère, dit-elle, attendre encore quelque temps.

Un mois après, le mari écrit à M. le professeur de Rouville que les douleurs et les métrorragies ont complètement disparu depuis vingt jours et que sa femme se sent très bien.

Ce bon état de choses a continué depuis

Observation XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

Mobilité excessive de l'utérus. Salpingo-ovarite unilatérale. Hystéropexie. Ablation des annexes droites. Ignipuncture de l'ovaire gauche. Guérison.

Mme D..., 30 ans, entre le 12 mai 1907, pour douleurs abdominales, surtout prononcées à droite.

Réglée à 13 ans, d'une façon normale, sauf un peu de dysmennorrhée utérine. Mariée à 17 ans ; même état des règles qui durent quatre à cinq jours. Pas de pertes blanches. Deux enfants ; grossesses bonnes ; accouchements normaux ; bonnes suites de couches, pour le premier, mauvaise involution pour le second.

En 1903 avortement de deux mois.

Depuis cette époque, douleurs abdominales irradiées vers le flanc droit, règles irrégulières et douloureuses, pertes blanches abondantes, légère douleur à la miction.

A l'examen, on trouve un utérus normal comme volume et situation ; les culs de sac latéraux sont libres, le gauche presque pas douloureux à la pression, le droit au contraire très douloureux.

Le 16 mai 1907 on pratique la laparotomie. Les annexes gauches sont saines quant à la trompe. L'ovaire est sclérokystique et est ignipuncturé. A droite, la trompe est augmentée de volume ; les franges sont épaissies. On trouve de petits kystes multiples de la trompe. L'ovaire correspon-

dant est augmenté de volume, gros comme une amande, scléro-kystique, et présente un kyste hématique d'un corps jaune, saillant à la surface. Ablation des annexes droites ; hystéropexie abdominale. La malade sort guérie le 11 juin. Elle vient en juin 1908 retrouver M. le professeur de Rouville et se trouve en parfait état de santé

Observation XXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

Rétroversion et salpingo-ovarite équilatérale. Hystéropexie et ablation des annexes droites. Ignipuncture de l'ovaire gauche. Guérison.

M. A..., 28 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, le 2 mai 1907, pour douleurs dans l'hypocondre et la fosse iliaque droites. Pas de pertes blanches.

Réglée à 16 ans ; dysmennorrhée ovarienne ; règles abondantes d'une durée de quatre à cinq jours. Trois enfants, grossesses, accouchements et suites de couches normales. Mais après le dernier accouchement, qui remonte à 1905, il est survenu des pertes jaunâtres, fétides, qui ont cessé par des injections chaudes antiseptiques.

Sept mois après, les règles reviennent, accompagnées de métrorrhagies douloureuses ; elles sont irrégulières.

A l'examen, on trouve un col un peu gros, bas dans le vagin, porteur d'une légère érosion. L'utérus est très mobile et les annexes sont perceptibles et douloureuses à droite. Bon appétit, constipation assez marquée, quelques palpitations de cœur, pas de troubles urinaires.

Le 9 mai 1907, on fait une hystéropexie et ablation des annexes droites.

L'ovaire gauche présentant quelques petits hystes folliculaires, ceux-ci sont ignipuncturés.

Suites opératoires excellentes. — La malade sort guérie le 1er juin.

Revue en février 1908, elle déclare ne plus avoir souffert depuis son opération. État général excellent.

Observation XXII

(Recueillie par M. Jean Py, externe des hôpitaux. Service de M. le professeur de Rouville)

Ovarite double, kystique avec lésions plus prononcées à gauche. Rétroversion très prononcée. Hystéropexie abdominale. Ablation des annexes gauches. Résection de l'ovaire droit. Guérison.

Mme T. T.... sujette espagnole, entrée dans le service de M le professeur de Rouville le 15 novembre 1907, pour douleurs abdominales et pertes blanches. Vu la difficulté de se faire comprendre par la malade, il est impossible de lui faire préciser quoi que ce soit. Nous retenons simplement de son histoire antérieure six grossesses terminées par de bons accouchements, mais suivis tous de négligences comme soins après la délivrance. La malade se levait, dit-elle, toujours au 2e ou 3e jour et ne prenait jamais la moindre précaution, au point de vue antiseptique. Aussi présentait-elle depuis son premier accouchement de la dysmenorrhée ovarienne et ses menstrues étaient-elles suivies de pertes blanches. Son der-

nier accouchement remonte à deux ans et depuis cette époque les douleurs furent presque continuelles s'exagérant avant et pendant les règles. Ces douleurs étaient localisées dans l'hypocondre gauche et elles amenèrent la malade à la nécessité d'interrompre toute occupation et la décidèrent à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on ne constate rien de particulier à l'inspection. La palpation n'est douloureuse que dans la région des annexes gauches. Au toucher, le col de l'utérus franchement en avant est gros, dur, présente de petites aspérités sur les deux lèvres qui sont épaissies.

Une déchirure existe à la commissure gauche. Les culs de sac antérieurs et latéraux droits sont libres ; le cul de sac postérieur est occupé par une tumeur, qui est l'utérus en rétroversion très prononcée. La main qui repose sur l'abdomen n'arrive pas à en délimiter nettement le fond, mais il paraît gros. Le cul de sac latéral gauche est douloureux à la pression. On sent nettement l'ovaire augmenté de volume et douloureux. La trompe se sent à peine et ne roule pas sous le doigt. Elle paraît ne présenter aucune lésion.

L'hystérométrie est difficile, sinon impossible, avec l'hystéromètre. Pratiquée avec une petite bougie d'Hégar, elle donne 8 1/2 centimètres.

Le 19 novembre on pratique la laparotomie. L'utérus est tout à fait basculé en arrière, difficile à trouver, mais facilement réductible. L'ovaire gauche est doublé de volume et polykystique ; la trompe correspondante paraît normale et sans adhérences. Elle est sacrifiée avec l'ovaire. L'ovaire droit renferme un gros kyste hématique qu'on résèque ; on le suture au catgut et on fait ensuite l'hystéropexie abdominale. Reconstitution de la paroi à 3 plans sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique des pièces vient confirmer les lésions supposées de visu. L'ovaire gauche renferme de

nombreux kystes citrins, un gros kyste folliculaire hématique et un kyste hématique d'un gros corps jaune. La trompe est perméable.

Suites opératoires parfaites. — La malade sort guérie le 13 décembre. Revue en mars 1908, on constate que l'utérus est solidement fixé et que les culs de sac latéraux sont indemnes et non douloureux.

Observation XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

Métro salpingo-ovarite. Hystéropexie. Ablation partielle de l'ovaire droit et ignipuncture de l'ovaire gauche en 1907. Laparotomie itérative et Hystérectomie abdominale totale en 1909.

F. R..., âgée de 26 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur de Rouville, pour douleurs dans le bas-ventre et surtout du côté gauche. Réglée à 13 ans, règles abondantes, avec caillots, durant 5 jours, douloureuses ; quelques pertes blanches.

Mariée à 22 ans, elle a un accouchement 9 mois après : vomissements incoercibles, accouchement spontané quelques jours avant terme. Suites de couches bonnes, les règles ont réapparu un mois après. Pas de fausses couches. Plus tard, les règles deviennent plus abondantes : on note une légère métrorragie ayant duré un jour et des pertes blanches.

Première intervention. — Il y a 2 ans, la malade entre à l'hôpital dans le service de gynécologie. On fait une laparotomie pour rétroversion et ovarite kystique : ignipuncture de

l'ovaire gauche, ablation de l'ovaire droit, hystéropexie. La guérison se maintient pendant 8 mois.

Actuellement, depuis 16 mois, douleurs dans le bas-ventre, surtout marquées dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs apparaissent surtout la nuit, lors de l'extension complète des membres inférieurs. En même temps la malade signale des vomissements. Pertes blanches, règles abondantes, avec caillots.

A l'examen, on note d'abord la cicatrice de la laparotomie; à la pression, douleur développée nettement dans la fosse iliaque gauche, beaucoup moins forte sur la ligne médiane et à droite. Au toucher, gros col avec déchirures et kystes, utérus adhérent à la paroi. Dans le cul de sac latéral gauche, tumeur arrondie douloureuse, mobilisable entre le doigt vaginal et la main abdominale. Son volume paraît être celui d'une petite orange. Légère douleur dans le cul de sac latéral droit.

Deuxième intervention. — Laparotomie. Adhérences de l'épiploon dans la partie supérieure de la cicatrice de la première opération. L'utérus, solidement fixé à la paroi, ne peut en être détaché qu'avec les ciseaux. Isolement des annexes droites ; à gauche, rupture du kyste pendant les manœuvres de dégagement. On termine par une hystérectomie totale.

Le 29 mai 1909, la malade sort guérie avec des suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

I. Après d'autres nous répéterons que avant la ménopause l'accoucheur recueille les fruits des interventions du gynécologue. En conséquence, nous établirons tout d'abord que notre principal but est de respecter, autant que le permettent les lésions, la statique et les fonctions normales de l'utérus. Voilà pourquoi nous ne sommes pas partisan de l'hystéropexie abdominale directe, surtout chez la femme en pleine activité sexuelle.

II. Les diverses sortes de pexies directes ne sont pas à recommander, car, par suite de l'immobilité où elles mettent l'uterus, des adhérences qu'elles lui font contracter, l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement devient difficile ou même impossible.

III. Par contre, nous préconisons les pexies ligamentaires ou indirectes, car elles respectent la physiologie d'un organe précieux ; elles peuvent s'appliquer à la majorité des cas et ne sont guère dangereuses.

Dans les cas où nous jugerons insuffisants les ligaments ronds, nous adjoindrons à la ligamentopexie proprement dite l'hystéropexie isthmale.

IV. Enfin nous nous souviendrons que le bon résultat de ces opérations est sous la dépendance d'un bon soutien pelvien. Chaque fois qu'il sera nécessaire, nous renforcerons le périnée en nous adressant selon les cas à l'une des opérations plastiques indiquées.

V. Nous ne négligerons pas surtout le traitement de la métrite concomitante dont la guérison a pu corriger parfois une position vicieuse de l'utérus.

Nous essaycrons toujours après le massage, les pansements intra-utérins et la columnisation la reposition et son maintien par le pessaire.

Si le traitement médico-chirurgical échoue, laparotomie. Exploration des annexes, traitement approprié : excision, ignipuncture, ablation. Ligamentopexie (procédé de M. le professeur Tédenat). S'il existe du prolapsus, effondrement du périnée : restauration du plancher pelvien.

BIBLIOGRAPHIE

Baldy (J.-M.). — Retrodisplacements of the uterus and their treatment (M. Journal, 1903, p. 107).

Bar. — La retroversion de l'utérus gravide (J. des Praticiens, 5 m. 1910).

Barse R.). — Les opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats (Th. Montpellier, 1905).

Bauchacourt. — Du massage et de la gymnastique en gynécologie (Revue mensuelle de gyn. d'obst. et de pédiatrie, janvier 1910).

Boudouin M. . — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus (Thèse de Paris, 1889).

Beck C. . — Eine neue methode der hysteropexia (Centralbl. f. gyn., 1897, t. XXIV, p. 881).

Bouilly. — Path. ext., t. IV.

Boursier. — Gynécologie (Précis de).

Berndt. — Rev. de gyn. et de chir. abdom., 1901, p. 649.

Chambon. — Maladie des femmes, 1798.

Condamin. — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine (Lyon Médical, nov. 1896).

Championnière (L.). — Bulletin de la Société de chirurgie.

Conzecte. — Ovaires à petits kystes Th. de Paris, 1890).

Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895. — Communications : Tédenat, Doléris, Bouilly, Laroyenne.

Congrès international de gyn. et d'obst. de Genève (1896). — Traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus. — Rapport Küstner, Pezgi, Polk (voir Ann. de Gyn., 1896, p. 914).

Congrès national période. de gyn. et d'obst. (Rouen 1904). — (Voir comptes rendus, p. 85).

Demelin. — Obstétrique (sept. 1897).

Dickinson. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (Ann. J. oj obst., juillet 1901).

Doléris. — Raccourcissement ligaments ronds (Soc. obst. et gyn. de Paris, avril 1889).

— Raccourcissement par incl. pariétale (Soc. obst. de Paris, 1898 — (La « Gynécologie », 1898).

— Bulletin Médical, 1902.

— De l'hystéropexie physiologique et ligamentaire (La « Gynécologie », août 1904).

Dudley (A.-P.). — Hystorraphy. a new method (Acad. de Méd., déc. 1889, Amer. J. oj Obst., 1890, p. 1336).

Faure (J.-L.). — La Gynécologie 1903, p. 102).

Figuiera. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse (Th. Paris, 1907, « La Gynécologie », 1903, p. 217).

Dartigues. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes.

Delbet (P.). — Les suppurations pelviennes.

Duhrssen. — Sem. Méd., 1894, p. 211.

Fuster. — De la cœliotomie vaginale (Th. de Montpellier, 1898).

Gaillard-Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes (Paris 1887, p. 681).

Gouin. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical (Th. Paris, 1904).

Goillaud. — Lyon Médical, 1893.

Hegar. — Centr. für Gyn., 1878, n° 2.

Hivet (G.). — Traitement des rétrodéviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). (Thèse de Paris, 1901).

Holden (G.-R.). — The results of ventral suspension of the uterus (Amer. Jour. of obst., avril 1905).

Haussmann. — Mon. J. Geb., t. XXXI.

Hardey. — Obst. Trans., t. V.

Halbertsma. — Mon. J. Geb., t. XXXIX.

Isaac. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes (Th. de Paris, 1895).

Jaboulaz. — Prov. Méd., oct. 1895.

Jacoles (C.). — Des hystéropexies : leur influence sur la gravidité (Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst., 1904, p. 47).

Jormesco (Ph.). — Traitement opératoire des rétrodéviations (Ann. de gyn. et d'obst., 1897, p. 465).

Kallmorgen. — Revue de gynécologie et de chir. abd., 1901, p. 149.

Klotz. — Centr. f. Gyn., 1891, n° 4, p. 97.

Labadie, Lagrave et Leguеu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie (3e édit.).

Lacroix. — (Th. 1876).

Landron. — Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds ; procédé de Wylie (Th. de Paris, 1900).

Le Dentu. — De la rétroversion utérine Clinique de l'Hôtel-Dieu. Voir Presse Médicale, 21 février 1906).

Leguеu. — Modifications à la pose des fils dans l'hystéropexie (Sem. Gyn., 1896, p. 321).

Lejars. — Discussion Congrès O. G. P. (Rouen, 1904, p. 101).

Lucien. — Influence de l'hystéropexie dans les grossesses ultérieures (Th. Nancy, 1896).

Mackenrodt. — Centr. f. Gyn., 1895, n° 49.

Manrique. — Etude sur l'opération d'Alexander (Th. de Paris, 1886).

Mazade. — Traitement de la rétroversion (Th. de Paris, 1902).

Martin. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes par laparotomie pour tubo-ovarite (Th. de Paris, 1893).

Montprofit. — Chirurgie des ovaires et des trompes.

Mordet. — Thèse de Paris, 1890.

Morris. — Reconstitution and surgery of the tubes and ovarin (Med. and surg. Report, 1896).

Murphy. — Semaine Médicale, 1885, p. 144.

Noble. — Gynecologial transaction, tome XVII.

Olshausen (R). — Ueber ventrale suspension bei prolapsus und retroversion uteri (Congrès des naturalistes allemands à Berlin, 20 septembre 1886. Centr. f. gyn , 1886, p. 698).

Oni. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieureures (Congr O. G. P., Rouen, 1904, p. 85).

Ormiéris. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie (Th. de Montpellier, 1889).

Orthmann. — Ueber Tubens wangers chefs in der ersten Monaten Zeit für Geb. und Gyre, 1891, tome XX).

Pilat. — Annales de Gynécologie, 1878.

Pozzi (S.). — Hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus (Gaz. Méd. de Paris, 1888).

— Rapport sur une observation de Pocqué (Soc. de chir., Paris, 1889, p. 936).

— Congrès gyn. et obst. Genève 1896. — Taité de gynécologie, p. 277.

— De l'ignipuncture et de la résection partielle de l'ovaire (Rev. de gyn. et chir. abdom., 1897).

Polk. — Trans. of the Amer. Gyn. Soc., sept. 1887. — Ann. journal of Obst., 1887, t. XX, p. 1045.

Reymond. — Anat. pathol. des salpingo-ovarites (Th. de Paris, 1891).

Richelot. — Congrès de Rouen (avril 1904, p. 125).

— Il faut redresser les rétroversions (Gyn., octobre 1905. — Congr. de chir., Paris, 1905).

— Trait. de la rétrov. ut. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (Gyn., 1900).

Ruggi (G.) — Salla cura endo-abdominale di alcuni spostamenti uterini (Boll. Soc. Med. di Bologna, 1888, t. XXII. Congrès de Gênes, 1887).

Segond. — *In* Le Dentu et Delbet. — Traité chirurgical, t. VIII. — Congrès de chirurgie, 1894.

Sœnger. — Zur Ventrofixation retroflektaten uterus (Centr. f. Gyn., 1885, t. IX, p. 664).

Simpson. — Intra abdo. anteriorfixation of the rounds ligaments for posterior uterine displacements (Amer. Journ. of obst., 1903, p. 165).

Société obst. Gyn. et Péd. de Paris, 1899 et 1900. Comm. : Pinard, Segond, Bouilly, Richelot, Legueu, Hartmann, Doléris, Pozzi.

Strassmann. — Soc. Obst. et Gyn. de Berlin, 25 octobre 1895 et Centr. f. Gyn., 1895, n° 49.

Spinelli. — Procédé d'hystéropexie médiate pour la cure de la rétrov. utérine (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1900, t. LIV, p. 353).

Stankiewicz (C.). — Du trait. des rétroversions par le raccourcissement intra péritonéal des ligaments ronds (13e Congrès intern. de Méd. de Paris, 1900, sect. de gyn., p. 129).

Le Tait. - British Med. Journ., 1877.

— Of the resultats of cur. laterilrenoven of the uterine appendages (J. of Obst., 1887).

Terrillon. — Annales de Gynécologie, 1889.

Traité de Chirurgie. — Duplay et Reclus, t. VIII, p. 229.

— Le Dentu-Delbet, t. X, p. 335.

Vautrin. — Annales de Gynécologie, 1906.

Veljean. — Gazette des Hôpitaux, 1847.

Villard. — Trait. de la rétrov. ut. par racc. lig. ronds (Revue gén. d'obst. et gyn., Paris, 1904, p. 45).

Wells (Sp.). — Congrès de Londres, 1891.

Wertheim. — Revue Médicale, 1903.

Wylie (W). — J. The Amer. of Obst., 1891.

— Surgical treatment of retroversion of the uterus with
— adhesions, with a new method of shortening the round
— ligaments (Ame. J. of Obst., 1889, p. 478 à 760).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. Sarda.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !